Aus der Psychosomatischen Abteilung
Chefarzt: Dr. W.-L. Bepperling
des Städtischen Krankenhauses Esslingen
(Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen)

BEDEUTUNG PSYCHOSOMATISCHER ARBEIT IM ALLGEMEINKRANKENHAUS AM BEISPIEL DES DEPRESSIVEN SYNDROMS

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Johannes Strauß
aus Obergimpern
1983

UNIV.
LONDON
MATH.

Aus der Psychosomatischen Abteilung
Chefarzt: Dr. W.-L. Bepperling
des Städtischen Krankenhauses Esslingen
(Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen)

BEDEUTUNG PSYCHOSOMATISCHER ARBEIT IM ALLGEMEINKRANKENHAUS AM BEISPIEL DES DEPRESSIVEN SYNDROMS

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Johannes Strauß
aus Obergimpern
1983

Dekan: Professor Dr. D. Plester
1. Berichterstatter: Professor Dr. H. Heimann
2. Berichterstatter: Professor Dr. H. Henseler

Bedanken möchte ich mich bei Herrn Chefarzt Dr. W. Bepperling und seinen Mitarbeitern der Psychosomatischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten in Esslingen für die freundliche Unterstützung bei der Untersuchung.
Sie haben dazu beigetragen, daß diese Arbeit überhaupt zustande kommen konnte, indem sie mir die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung stellten und sich mit der Nachuntersuchung ihrer Patienten einverstanden erklärten, was besonders bei noch laufenden analytischen Behandlungen nicht selbstverständlich war.

Auch Herrn Dr. G. Deichsel vom Institut für medizinische Biometrie in Tübingen möchte ich für die Beratung und Hilfe bei der statistischen Ausarbeitung der Daten danken.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536515_0006

INHALTSVERZEICHNIS

Technisches Vorwort 1
Persönliches Vorwort 2
Einleitung 3
Fallbeispiel 7

A PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN IM ALLGEMEINKRANKENHAUS 13

Darstellung des Untersuchungsfeldes 13

1. Integration psychosomatischer Medizin in das Allgemeinkrankenhaus 14

1.1 Liaison - Tätigkeit 14
1.2 Konsiliar - Tätigkeit 16
1.3 Depressives Syndrom im Allgemeinkrankenhaus 20
1.3.1 Häufigkeit des depressiven Syndroms 20
1.3.2 Das diagnostische Problem der larvierten Depression 21

2. Selbständige psychosomatische Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus 25

2.1 Externe Ambulanz 25
2.2 Stationäre Psychotherapie
Allgemeine Bemerkungen zur Problematik 27
2.3 Stationäre Psychotherapie in Esslingen 31
Exkurs: Bemerkungen zur Einzeltherapie 31
2.4 Konkrete Daten über Behandlungsparameter 37
2.4.1 Behandlungsdauer 37
2.4.2 Ambulante Nachbehandlung 39

B KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG EHEMALIGER PATIENTEN MIT DER DIAGNOSE DEPRESSIVES SYNDROM 41

1. Theoretische Problematik 42

1.1 Diagnostische Probleme 42
1.1.1 Subjektivität der Diagnosestellung 42

1.1.2 Nosologische Untergliederung des depressiven Syndroms 43
1.1.3 Unsere pathogenetische Vorstellung über das depressive Syndrom 44

1.2 Probleme der Effizienzprüfung 47
1.2.1 Theoretische Vorbemerkungen 47
1.2.2 Offensichtliche Effizienz 48
1.2.3 Problematik der Langzeit - Effizienzforschung 49
1.2.3.1 Therapieerfolg versus Spontanverlauf 50
1.2.3.2 Messung von Erfolg 52
1.2.3.3 Erfolgskriterien 55

2. Unser Vorgehen 56

2.1 Voraussetzungen 57
2.2 Unser Fragebogen 57
2.3 Durchführung 60
2.3.1 Anschreiben der Patienten 60
2.3.2 Persönliche Nachuntersuchung 61
2.3.3 Reaktionen der Patienten auf unsere Untersuchung 61
2.3.4 Beobachtungen des Untersuchers 62

3. Ergebnisse unserer katamnestischen Untersuchung 64

3.1 Untersuchung zur Wertigkeit der Angaben der Patienten 64
3.1.1 Arbeitsunfähigkeitsangaben der Hausfrauen 65
3.1.2 Wertigkeit der Selbstbeurteilung des Ergehens 66
3.1.3 Bewertung wiederholter stationärer Behandlung 68
3.1.4 Repräsentanz der untersuchten Patienten 69

3.2 Die Patienten mit der Diagnose Depressives Syndrom 70
3.2.1 Geschlecht, Familienstand, Alter, Konfession und Beruf 71
3.2.2 Dauer der Beschwerden 73
3.2.3 Arbeitsunfähigkeit vor der Behandlung 76

3.3 Ergehen nach stationärer Behandlung 78
3.3.1 Selbstbeurteilung des Ergehens durch die Patienten 78

3.3.2 Arbeitsunfähigkeit nach stationärer Behandlung 81

3.4 Therapieerfolg nach verschiedenen Kriterien dargestellt 83

3.4.1 Therapieerfolg unter Berücksichtigung allein der Zeit nach der Behandlung 83

3.4.2 Wirtschaftlicher Therapieerfolg 87

3.4.3 Persönlicher Therapieerfolg 91

3.4.4 Globaler Therapieerfolg 95

3.4.5 Zusammenfassung 99

3.4.6 Therapieerfolg am Beispiel der Arbeitsunfähigkeit dargestellt 100

4. Einflußfaktoren auf den Therapieerfolg 103

4.1 Behandlungsfaktoren 103

4.1.1 Einfluß der Behandlungsdauer auf den Therapieerfolg 103

4.1.2 Einfluß der antidepressiven Medikation auf die Prognose 109

4.1.3 Einfluß der ambulanten Nachtherapie auf den Therapieerfolg 111

4.2 Einflußfaktoren von Patientenseite 112

4.2.1 Einfluß des Alters auf den Therapieerfolg 112

4.2.2 Einfluß der Dauer der Beschwerden auf den Therapieerfolg 113

4.2.3 Einfluß vorhergehender stationärer Behandlung auf den Therapieerfolg 114

4.2.4 Einfluß vorhergehender Arbeitsunfähigkeit auf den Therapieerfolg 114

4.3 Zusammenfassung 115

5. Ergebnisse und Folgerungen 116

5.1 Zusammenfassende Darstellung der Untersuchung 116

5.2 Folgerungen für die stationäre Psychotherapie 122

Kurze Zusammenfassung 126

Literaturverzeichnis 127

Technisches Vorwort

Die statistische Auswertung von Kontingenztafeln erfolgte durch Anpassung log-linearer Modelle (Langeheine 1980).

Zeichenerklärung

$\bar{x}$ = Mittelwert berechnet nach $\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^{N} x_i}{N}$

$\tilde{x}$ = Median

s = Standardabweichung berechnet nach $s = \left[\frac{\sum_{i=1}^{N} (x_i - \bar{x})^2}{N - 1} \right]^{1/2}$

Standardabweichung des Prozentsatzes berechnet nach $s = \left[\frac{p\,(1-p)}{N} \right]^{1/2}$

FG = Freiheitsgrad

α = Irrtumswahrscheinlichkeit 1. Art; sofern sie kleiner als 0,05 = 5 % ist, sprechen wir von Signifikanz bei einem Signifikanz-Niveau von $\alpha \leq 0{,}05$.

In den Tabellen kürzten wir ab:

reakt. Depr. = reaktive Depression
neurot. Depr. = neurotische Depression
schw. n. Depr. = schwere neurotische Depression
endog. Depr. = endogene Depression

UNIV. LEIPZIG BIBL.

Persönliches Vorwort

Bemerkungen zur sprachlichen Ausdrucksweise

in dieser Arbeit

Wir werden in dieser Arbeit des öfteren von "Patienten mit reaktiver Depression", von "Patienten mit neurotischer Depression" oder von "depressiven Patienten" sprechen. Wir sind uns bewußt - und möchten es auch dem Leser bewußt machen -, daß wir mit dieser Ausdrucksweise einem geläufigen Denken Vorschub leisten: daß einem Menschen als bleibendes Charakteristikum anhaftet, was er einmal war (z.B. "Patient"), oder was ihm einmal mehr oder weniger zufällig zugeschrieben wurde (z.B. die Diagnose "Depressives Syndrom").

Korrekterweise müssten wir schreiben: "der ehemalige Patient" und "ein ehemaliger Patient, dem die Diagnose "Neurotische Depression" zugeordnet wurde".

Der Einfachheit halber werden wir dennoch vom "depressiven Patienten" oder vom "depressiven Syndrom, das wir behandeln" sprechen.

Einleitung

Nicht selten sehen wir ratlose oder verärgerte Ärzte und Patienten, wenn der Arzt keinen pathologisch-anatomischen Befund und auch nur wenige pathophysiologische Labordaten erheben kann, der Patient sich aber dennoch krank fühlt und über Beschwerden klagt. Die häufig gestellte (Verlegenheits-)Diagnose "Vegetative Dystonie" oder neuerdings auch "Vegetatives Psychosyndrom" kann Arzt und Patient selten befriedigen, da sie meist keine adäquate Therapie zur Folge hat. Da in dieser Diagnose bei Arzt und Patient häufig auch die Vorstellung mitschwingt, daß die Beschwerden "psychisch" = "eingebildet" seien, fühlt sich der Patient mißverstanden und oft sogar zu seinen Beschwerden hinzukommend noch einem Vorwurf des Arztes ausgesetzt. Dem Patienten bleibt meist nur die Möglichkeit des Arztwechsels. Auf diese Weise kommt es zu den nicht selten zu beobachtenden "Odysseen" der Patienten.

Auch im Krankenhaus finden wir auf allen Abteilungen nicht wenige Patienten, mit denen die meisten Ärzte größte Schwierigkeiten haben und bei denen sie zu keiner klaren Diagnose noch Therapie kommen. Diese Patienten liegen wochen-, ja monatelang auf den Abteilungen. Immer wieder werden diagnostische Untersuchungen, Endoskopien, Laparoskopien und auch Operationen durchgeführt, ohne daß sie zu einer wirklich helfenden und heilenden Therapie führen könnten. Nach den Entlassungen folgen häufig nach kürzerer oder längerer Zeit erneute stationäre Aufnahmen wegen ähnlicher oder derselben Beschwerden.

Es ist leicht vorstellbar, welche menschlichen und volkswirtschaftlichen Auswirkungen die diagnostische Verkennung dieser Erkrankungen hat. Die Ursache dieses Mißstandes liegt u.E. in einem fehlenden Verständnis für solche Erkrankungen bei vielen Ärzten. Die Ausbildung und die mit durch diese geprägte Einstellung der Ärzte ist durch die Fixierung des Blickes auf die organischen

und vor allem laborchemischen Daten gekennzeichnet, wodurch der Blick für den ganzen Menschen meist getrübt und die Schulung des Verständnisses für den Menschen als Leib - Seele - Geist - Einheit stark vernachlässigt wird.

Die Technisierung in unserer Gesellschaft hielt auch ihren Einzug in die Medizin. Sie brachte große Erleichterungen und war die Voraussetzung für viele große Erfolge der heutigen Medizin. Allerdings brachte sie auch einen bis heute mit ihr verbundenen Zuwachs an Vereinsamung des Menschen mit sich. Die Medizin stand in der Gefahr zu entmenschlichen. Die großen Erfolge der Organmedizin in den letzten Jahrzehnten lenkten den Blick nur noch auf diese Seite der Medizin, während die menschliche Seite des Patienten vernachlässigt wurde.

Entsprechend wurde es erforderlich von anderer Seite her diese menschliche Seite hervorzuheben und mit eigenen therapeutischen Methoden "anzugehen". Es entstand die psychosomatische Medizin, die als zentrale Idee die Ganzheit des Menschen betonte. In der Profilierung als Spezialdisziplin mußte allerdings in der Praxis die Psychosomatik meist die körperlich - technische Seite des Menschen weitgehend vernachlässigen und sich auf den geistig / seelischen und leiblichen (subjektiv körperlichen) Bereich beschränken.

Trotz dieses weitgehenden Verlustes des "Ganzheitshandelns" in der Psychosomatik brachte die Spezialisierung durch die Einengung des Blickfeldes die Möglichkeit mit sich, die psychosomatischen und psychoreaktiven Erkrankungen differenzierter diagnostizieren und therapieren zu können. Die "vegetative Dystonie" konnte in verschiedene Diagnosegruppen aufgelöst und daher auch eher therapeutisch adäquat angegangen werden.

Die Aufgabe der Psychosomatik kann daher heute nicht darin bestehen, verantwortlich und kompetent für den ganzen Bereich der Medizin zu sein. Sie muß sich vielmehr weiter als Spezialdisziplin profilieren und die Zu-

sammenarbeit mit den Organmedizinern suchen. Wie wichtig diese Zusammenarbeit ist, zeigen z.B. Häufigkeitsangaben über die Beteiligung psychosozialer Faktoren an internistischen Krankheitsbildern (eine Zusammenstellung von vielen Arbeiten bieten Köhle et al. 1979, 274), die zwischen 30% und 60% schwanken. Im ersten Teil der Arbeit werden wir uns Gedanken darüber machen, wie diese Zusammenarbeit organisatorisch aussehen kann und sollte.

Da gerade die psychosomatische Therapie sehr kosten-, weil personalintensiv ist, fragen wir in dieser Arbeit auch, was die psychotherapeutische / psychosomatische Behandlung persönlich für den Patienten, aber auch wirtschaftlich für die Allgemeinheit bedeuten kann. Nach der Enquete des Deutschen Bundestages (Drucksache 7 / 4200, 294) ist "zu vermuten, daß die Fehlbehandlung von psychisch bedingten Krankheiten zu weitreichenden volkswirtschaftlichen Kosten führt, die durch eine psycho-diagnostisch und -therapeutisch adäquate Versorgung verringert werden könnten. Häufig ist hier durch eine frühzeitig einsetzende Psychotherapie, z.B. einer Kurz- oder Fokal- oder Gruppentherapie, eine solche Entwicklung zu vermeiden und können jene über Jahre anfallenden volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch erhöhte Arbeitsausfälle, kostspielige Krankheitsdiagnostik, wiederholte Kuraufenthalte, Medikamentenmißbrauch und vorzeitige Berentung anfallen." Auch Dührssen et al. (1965) stellten in einer katamnestischen Untersuchung fest, daß psychotherapeutisch behandelte Patienten im Vergleich zu unbehandelten Patienten mit psychoneurotischen oder psychosomatischen Erkrankungen nach einer Psychotherapie "signifikant weniger stationäre Behandlung benötigen".

Angesichts dieser wichtigen menschlichen und wirtschaftlichen Bedeutung der psychosomatischen Medizin ist es um so bedenklicher, daß unsere Bevölkerung - vor allem in ländlichen Gebieten - bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung von psychoneurotischen und psy-

chosomatischen Erkrankungen sehr unzureichend versorgt ist (Drucksache 7/4200, 149 und 293f). Auch im klinischen Bereich besteht diese extreme Unterversorgung: Nach Krakowski (1974, 83) bestand im Jahre 1973 in der Bundesrepublik nicht einmal in 1% aller Allgemeinkrankenhäuser eine psychiatrische - geschweige denn eine psychosomatische - Konsultationsmöglichkeit.

Angesichts dieser notwendigen (bei 30% - 60% der Patienten Beteiligung von psychosozialen Faktoren am Krankheitsgeschehen) und bisher mangelhaften Versorgung von Krankenhäusern und der Bevölkerung im psychosomatischen Bereich der Medizin fragen wir in dieser Arbeit nach Möglichkeiten und dem Sinn psychosomatischer Medizin im Allgemeinkrankenhaus. Am Beispiel der Psychosomatischen Abteilung in Esslingen, die schon über zehn Jahre in einem Allgemeinkrankenhaus (den Städtischen Krankenanstalten) besteht, untersuchten wir die Wirkungsmöglichkeit einer solchen Abteilung im Krankenhaus und den Therapieerfolg bei Patienten nach stationärer psychosomatischer Behandlung.

Bei unserer Untersuchung beschränkten wir uns auf das depressive Syndrom, um eine homogenere Patientengruppe zu erhalten und damit auch zu differenzierteren Aussagen kommen zu können. Auch gibt es bisher noch wenige nach Diagnosen differenzierte Untersuchungen dieser Art. Das depressive Syndrom schien uns wegen seiner Häufigkeit, aber auch wegen seiner häufigen Verkennung ("larvierte Depression") eine wichtige und interessante psychosomatische Erkrankung zu sein.

Die Bedeutung dieser Erkrankung möchten wir mit dem folgenden Fallbeispiel veranschaulichen. Darin werden die persönlichen und gesamtwirtschaftlichen Folgen einer solchen Erkrankung sowie die Bedeutung der psychosomatischen Therapie deutlich.

Den Patienten wählten wir aus den von uns 1981 nachuntersuchten Patienten aus, die 1977 wegen eines depressiven Syndroms auf der Psychosomatischen Abteilung in Esslingen stationär behandelt worden waren.

Fallbeispiel

Die nachfolgenden Daten entstammen den Krankenblattunterlagen, verschiedenen Arztbriefen und einer persönlichen Nachuntersuchung des Patienten.

Somatische Anamnese:

1959 ging der Patient mit 19 Jahren erstmals zu einem Arzt wegen nervöser Herzbeschwerden; EKG o.B.; Arbeitsunfähigkeit: 1/4 Jahr. (Der Patient arbeitete zu jener Zeit mit seinem Vater zusammen, von dem er sich nicht anerkannt fühlte.)

1968 zweiter herzphobischer Anfall, Depressivität, Suizidabsichten, vermehrter Alkoholkonsum. 1/2 Jahr arbeitsunfähig. (Zeit der Ehescheidung - Patient zog zu seiner Mutter.)

1969/70 immer wieder Herzbeschwerden.

1971 "völliger Zusammenbruch": Herzbeklemmungen, Gefühl von Herzstolpern, Angst, Hitzewallungen, Zittern, Todesängste, Schwächeanfälle mit Brechreiz. Kurzer Krankenhausaufenthalt. 3/4 Jahr arbeitsunfähig. (2.Heirat; Patient fühlte sich beruflich den Anforderungen nicht gewachsen: "Ich fühlte mich, als ob ich beobachtet würde.")

Seit 1971 habe er immer viel geweint, schlecht geschlafen, sei häufig aufgewacht, habe unter Appetitlosigkeit gelitten. Alkoholkonsum: etwa 10 Flaschen Bier pro Tag.

Seit Januar 1973 andauernd arbeitsunfähig.

In hausärztlicher Behandlung wegen Tachykardie, unklaren Herzbeschwerden, Magenbeschwerden und vegetativer Dystonie.

März 1973 achttägiger Krankenhausaufenthalt: Verdacht auf hyperkinetisches Herzsyndrom, Hyperlipidämie, Verdacht auf Fettleber bei Alkoholabusus, Monocytose. Therapie: Librium, Dociton 40, cholesterinarme Kost.

Juni 1973 fünf Tage Krankenhausaufenthalt: Osteochondritis dissecans am linken äußeren Talusoberrand. Therapie: Gehapparat.

Zunahme der Angstanfälle: Patient kann nicht mehr allein Autofahren, die Straßenbahn benutzen; selbst nicht mehr alleine in die Badewanne steigen oder sich die Haare waschen. Angstzustände besonders in geschlossenen Räumen. Unter Alkoholeinfluß sei es besser zu ertragen gewesen.

Bis 1974 Beziehung von Sozialhilfe. 1974 bis 1976: 18 Monate Erwerbsunfähigkeitsrente - anschließend Berufsunfähigkeitsrente.

August 1974 Patient sucht einen Nervenarzt auf: Diagnose: Seit 1960 zunehmende Phobie.

Untersuchung in einer psychosomatischen Klinik: "Die Prognose muß unter Berücksichtigung des Gesamtverlaufs als relativ schlecht gestellt werden, insbesondere ... da ein Rentenantrag gestellt wurde. ... Die Indikation für eine klinische Therapie besteht nicht. Wir rieten zu einer ambulanten Psychotherapie."

Oktober 1974 Patient sucht einen Internisten auf: Angstneurose bzw. Phobie mit cardialer Fixierung. Osteochondritis dissecans am linken Talus.

Erstmaliges Auftreten einer Kniegelenkschwellung links. Seither immer wieder Gelenkschwellungen in etwa zweimonatigen Abständen: linkes oder rechtes Kniegelenk, rechtes Handgelenk, beide Ellenbogengelenke, Zeigefingerendgelenk, Großzehengrundgelenke beiderseits.

Januar 1975 fünf Tage in einer sozialmedizinischen Klinik: "unbedingt indizierte Psychotherapie".

März 1975: Ambulante Behandlung (4 Termine) bei einem Nervenarzt - durch Alkoholkonsum beeinträchtigt.

1975/76 etwa viermal im Jahr Depersonalisationserscheinungen unter Alkoholeinfluß. Patient raucht etwa 20 - 25 Zigaretten pro Tag.

Oktober 1975: Termin bei einer Psychotherapeutin (Psychologin): Behandlung wurde abgelehnt, da die Kasse sie nicht übernehmen würde und der Patient eine Psychoanalyse nicht durchstehen könnte.

November 1975 bis Januar 1976: Behandlung durch einen Nervenarzt: "Neurovegetative Störungen", die auf seine Behandlung kaum angesprochen hätten (Arztbrief).

November 1976 Vorstellung in einem psychotherapeutischen Institut. Vermittlung der stationären Behandlung in Esslingen.

Februar bis Juni 1977: Behandlung in der Psychosomatischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten Esslingen.

Diagnose: Depressiv - phobisches Syndrom mit chronifizierter Herzsymptomatik; Gelenksyndrom bei neurotischer Entwicklung mit Abgleiten in eine süchtige Fehlhaltung, insbesondere in Form von Alkoholabusus. Adipositas, Hyperlipidämie Typ IV, Leberfunktionsstörungen. Arthrosis deformans linkes Sprunggelenk.

Therapie: Nach ersten Gesprächen zunächst Anafranil--Infusionen, später Anafranil Tabletten; Urosin 300, später Voltaren. Analytisch psychotherapeutische Einzelsitzungen, Gruppensitzungen, vereinzelt Ehepaargespräche, Ergänzungstherapien in Form von Autogenem Training, aktiver und rezeptiver Musiktherapie, Beschäftigungstherapie und Bewegungstherapie.

Nach einer Woche Behandlung traten Schmerzen im linken Kniegelenk und eine Schwellung im Bereich des rechten Kniegelenks auf. Tastbare Erhöhung der Hauttemperatur über den befallenen Gelenken und dem linken Fußknöchel.

Nach einem Monat der stationären psychosomatischen Behandlung wurde der Patient zwischendurch für 12 Tage in die Innere Klinik verlegt wegen strichartiger Rötung unterhalb des linken Kniegelenks, Anschwellung desselben, Petechien im Bereich der Fußzehen und später auch Anschwellung des rechten Kniegelenks (BSG 68/120 - bei der

Aufnahme im Februar 3/6 - Rheumafaktor negativ).

Nach dem Zwischenaufenthalt in der Inneren Klinik folgte ein weiterer Monat mit psychosomatischer Behandlung. Der Patient hielt seine Diät zur Normalisierung der Stoffwechselstörungen ein, trank im weiteren Verlauf der Behandlung keinen Alkohol mehr und nutzte die therapeutischen Möglichkeiten voll aus. Im Laufe der Behandlung gelang es dem Patienten, echte männliche Züge zu entfalten und sich von dem seitherigen Männlichkeitsbild abzusetzen. Er konnte seine Beziehung zur Ehefrau und auch zu den Eltern wesentlich bessern; auch war er nun in der Lage, seine Gefühle und Bedürfnisse zu äußern und mußte nicht mehr erwarten, daß der andere alles errät. Der Patient freute sich auf die Wiederaufnahme der Arbeit.

Zur Biographie:

Der Patient wurde 1940 im Sudetenland geboren. 1945 floh er mit Mutter und Bruder nach Westdeutschland (der Vater, der von 1940 - 1945 im Krieg war, war kurz zuvor schon dorthin geflohen). Mit 17 Jahren lernte er seine erste Frau kennen. "Wir waren etwa 10 - 12 mal ver- bzw. entlobt." Mit 27 Jahren heiratete er - ein Jahr später ließ er sich scheiden (1968). Danach arbeitete er 1/2 Jahr nichts mehr, trank Alkohol, war deprimiert und hatte Suizidgedanken. Mit 31 Jahren heiratete er ein zweites Mal. Geburt eines Sohnes.

Nach dem Willen seines Vaters erlernte der Patient den Beruf eines Werkzeugmachers. 1959 arbeitete er drei Monate lang im Geschäft seines Bruders, zusammen mit dem Vater. Danach wechselte er zu einer Heizungsfirma. Ab 1961 arbeitete er wieder im Geschäft seines Bruders bis dieser aufgeben musste. 1970 war der Patient ein halbes Jahr in einem Büro als Sachbearbeiter tätig, wobei er sich überfordert fühlte. 1971/72 arbeitete er erneut im Geschäft seines Bruders, bis dieser zum zweiten Mal beruflich scheiterte. Ende 1972 wechselte er wieder zu einer Heizungsfirma. Seit 1973 war der Patient andauernd

arbeitsunfähig und wurde später berentet.

Vater: 1904 in Österreich geboren. Er baute im Sudetenland ein eigenes Geschäft auf. Er wurde als pflichtbewußt, pünktlich, geizig und zäh beschrieben. Der Patient habe seinen Vater wie einen fremden Mann erlebt. Dieser wisse immer alles besser. Alles müsse nach seinem Kopf gehen.

Mutter: 1906 geboren, ziemlich dick, beweglich, arbeite gern im Garten. Sie sei leicht verletzlich. Der Patient sei Mutters Liebling gewesen. Sie habe ihn immer behalten wollen: ihn als"braves, liebes Bürschchen".

Geschwister: 1 sieben Jahre älterer Bruder. Dieser sei - im Gegensatz zum Patienten selbst - vom Vater anerkannt gewesen. Er habe sich als Flaschner hochgearbeitet, sei sehr ehrgeizig. Der Bruder hatte von 1961 bis Anfang 1969 ein eigenes Geschäft, das er aufgeben mußte. Ein zweiter Versuch der Selbständigkeit Herbst 1971 bis Ende 1972 scheiterte ebenfalls. Der Bruder sei für den Patienten stets ein Rückhalt und eine Bestätigung gewesen.

Daten des Patienten, die in unserer Untersuchung erhoben wurden (vgl. Abschnitt B dieser Arbeit)

Dauer der stationären Behandlung: 65 Tage.

Diagnose: Neurotische Depression.

Der Patient erschien persönlich zur Nachuntersuchung.

Er erhielt während und nach der stationären Behandlung Antidepressiva.

Erstes Auftreten der Beschwerden: 102 Monate vor der stationären Behandlung.

Vorhergehende Arbeitsunfähigkeit: 221 Wochen.

Arbeitsunfähigkeit nach der stationären Behandlung: 3 Wo.

Der Patient erhielt keine Nachbehandlung, da er selbst sie nicht für notwendig erachtete. Es bestand das Ange-

bot von einzelnen Nachgesprächen oder einer weiteren stationären Behandlung im Sinne einer Intervallbehandlung.

Für alle Zeiträume gab der Patient ein sehr gutes Ergehen und Befinden an.

In unseren Therapieerfolgsbeurteilungen bekam er immer die besten Beurteilungen.

Ergehen des Patienten nach der stationären Behandlung

Knapp vier Jahre nach der Behandlung meinte der Patient, er sei ein ganz anderer Mensch geworden.
Die Gelenkbeschwerden seien seither nie wieder aufgetreten. Die Herzbeschwerden seien seit der Behandlung wesentlich gebessert. Ganz gesund habe er sich gefühlt, als er wieder im Arbeitsleben gestanden sei.
Er nehme heute alles leichter; er sei nicht mehr so verstockt, versteift, sondern freier, ruhiger, gelassener. Er habe früher zu viel in sich "hineingeschluckt" - in nüchternem Zustand habe er,im Gegensatz zu heute, nie auf den Tisch geschlagen - dafür unter Alkoholeinfluß seine Frau. Heute trinke er nur noch ab und zu 1 - 2 Flaschen Bier; rauchen würde er noch zwei Schachteln pro Tag.
Beruflich habe er inzwischen eine gute Stellung in seinem gelernten Beruf erreicht.

Zum Schluß unseres Katamnesegesprächs meinte der Patient selbst: "Der Staat hätte bei mir viel Geld sparen können, wenn ich früher an eine solche Klinik gekommen wäre."

A PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN IM ALLGEMEINKRANKENHAUS

Darstellung des Untersuchungsfeldes

Esslingen ist eine Industriestadt in Baden-Württemberg, die geprägt ist von der schwäbischen Mentalität, aber auch vom ehemaligen Reichsstadtcharakter. Trotz ihrer Nähe zu Stuttgart (16 km) hat sie, wohl auch durch ihre Tradition, ein eigenständiges kulturelles Leben. Die Bewohner (ca. 91 000) zeigen einen ausgeprägten Stadtpatriotismus. Zwei Drittel sind evangelisch; die anderen gehören weitgehend der katholischen Kirche an.

Die Städtischen Krankenanstalten Esslingen haben einen Einzugsbereich mit etwa 120 000 - 130 000 Menschen aus der Stadt selbst und aus den umliegenden Gemeinden. Die Bettenzahl beträgt etwa 800. Davon entfallen auf die Medizinische und Chirurgische Klinik je 160, auf die Frauenklinik 120 und die Kinderklinik 190 Betten. Die restlichen Betten stehen für die Lungen-Fachklinik, das Strahleninstitut und die Psychosomatische Abteilung zur Verfügung. Letztere umfasst 24 Betten. In der Kinderklinik existiert seit 1979 eine Schwerpunktstation mit 12 Betten für die psychosomatische Versorgung.

Die psychosomatische Arbeit in Esslingen wurde institutionell 1961 in Form einer psychosomatischen Schwerpunktstation innerhalb der Inneren Klinik von Chefarzt Dr. Bepperling aufgebaut mit dem Angebot psychosomatischer Ergänzungstherapie für diese Abteilung (Bepperling et al. 1961). 1969 erfolgte dann die Gründung einer ganz selbständigen Psychosomatischen Krankenhausabteilung zur Therapie schwerkranker psychosomatischer und schwer neurotischer Patienten. Neben dieser Therapie besteht bis heute auch das Angebot einer "psychosomatischen Ergänzungstherapie für das Gesamtkrankenhaus" (Bepperling 1981).

Zur psychosomatischen Abteilung gehören insgesamt 7 Ärzte, 2 Kinder - und Jugendlichen - Psychotherapeutinnen, 1 Sozialarbeiter, 7 Krankenschwestern, 2 Sekretärinnen und stundenweise angestellt 1 Musiktherapeut, 1 Beschäftigungstherapeut und 1 klinischer Psychologe. Auf der psychosomatischen Station besteht ein Arzt - Patient - Schlüssel von 1 : 6.

1. Integration psychosomatischer Medizin in das Allgemeinkrankenhaus

Wie überhaupt die ganze psychosomatische Medizin, so befindet sich auch die Institutionalisierung der psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich immer noch im Anfangsstadium ihrer Entwicklung. Da es bisher erst sehr wenige schon länger bestehende psychosomatische Abteilungen außerhalb von Projekten an Universitätskliniken gibt (Köhle et al. 1979, 275 spricht von "seltenen Ausnahmefällen"), möchten wir die seit über zehn Jahren bestehende selbständige Psychosomatische Abteilung im Städtischen Krankenhaus Esslingen betrachten und nach ihrer Arbeit und Wirkungsmöglichkeit fragen.

Für die Integration der psychosomatischen Medizin in den klinischen Bereich der Organmedizin gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten, die sich im wesentlichen in der Intensität der Zusammenarbeit unterscheiden: die Liaison - Tätigkeit und die Konsiliartätigkeit.

1.1 Liaison - Tätigkeit

Unter Liaison - Tätigkeit versteht man die psychosomatische Arbeit eines pychosomatisch und psychotherapeutisch ausgebildeten Arztes, der weitgehend in die stationäre Arbeit integriert ist und an stationären Visiten der Organmediziner teilnimmt (Joraschky et al. 1979, 282). Es erfordert vom psychosomatischen Arzt große Anpassungs-

fähigkeit an die organmedizinisch tätigen Ärzte und vom organmedizinischen Arzt große Offenheit für die psychosomatische Arbeit. Vor allem an letzterem scheiterten manche Versuche, so auch der Versuch, eine solche Zusammenarbeit 1961 in Esslingen einzuführen (Bepperling 1981). Auch Lipowski (1967) berichtet von den großen Schwierigkeiten, eine solche Arbeit aufzubauen. Eine Literaturübersicht über die Integrationsschwierigkeiten bieten Joraschky et al. (1979, 288ff).

Der Vorteil einer solchen Liaison-Tätigkeit ist die Möglichkeit einer besseren Integrierung psychosomatischer Medizin in eine Klinik und das Erreichen einer großen Anzahl von Patienten. Dies zeigen schon die Zahlen, die Joraschky et al. (1979, 283) in einer Literaturübersicht vorlegen: Bei einer Liaisondienst-Tätigkeit wurden zwischen 8,8% und 17,9% aller Patienten eines Krankenhauses psychosomatisch betreut, was die große Einflußmöglichkeit einer solchen Arbeit zeigt. Die Höhe der Prozentzahlen ist unter anderem von der Anzahl der Mitarbeiter abhängig: Je mehr psychosomatische Mitarbeiter vorhanden waren, um so mehr Betreuungen erfolgten. Dies zeigt, daß der Umfang der psychosomatischen Versorgung auch durch das Personalproblem mitbestimmt wird.

Hauptaufgabe und Ziel der Liaison-Tätigkeit stellt im wesentlichen die Betreuung von Problempatienten dar (Malignompatienten, chronisch Kranke mit emotionalen Problemen in der Krankheitsverarbeitung) und von Patienten mit funktionellen Beschwerden. Bepperling (1961) stellt die Patienten mit "vegetativen Regulationsstörungen" in den Mittelpunkt einer solchen Tätigkeit, deren Aufgabe es ist, durch eine "personale Begegnung" die Abtrennung des "personalen Faktors" von den körperlichen Funktionsstörungen zu bewirken. Er wandte dazu neben analytischen Gesprächen - sofern indiziert - das "Autogene Training" und die "gestufte Aktivhypnose" nach E. Kretschmer an. Eine weitere Aufgabe des Liaison-Dien-

stes besteht in der Diagnostik und Vermittlung von Patienten zu einer jeweils adäquaten Therapie, z.B. von neurotischen Patienten zur ambulanten Psychotherapie - sofern indiziert - und von psychotischen Patienten in eine psychiatrische Klinik.

Als Nachteil zeigt sich die starke Einbindung in die Organmedizin und das Angewiesensein auf die Offenheit der anderen Mediziner. Dies erwies sich in Esslingen als großes Hindernis für eine solche Arbeit, neben den räumlichen Problemen: Das Krankenhaus hatte damals keinen eigenen Raum für Gespräche und Behandlungen zur Verfügung (Bepperling 1981). Auch Lipowsky (1967) berichtet von großen Problemen beim Aufbau der Liaison-Tätigkeit. Die psychosomatische Offenheit muß erst wachsen - was leichter in einer räumlich gelösteren Zusammenarbeit möglich ist als in der engen Eingebundenheit. Ein weiterer Nachteil besteht in der fehlenden Möglichkeit, schwerere Erkrankungen und schwere Neurosen, die ambulant nicht hinreichend behandelt werden können, adäquat therapieren zu können.

1.2 Konsiliar-Tätigkeit

Das langsame Wachsen der Offenheit des Organmediziners für die Psychosomatik kann sich (vor allem für den Psychosomatiker) leichter vollziehen, wenn letzterer unabhängig von der Organmedizin seine Arbeit leisten und von dieser Position aus seine Bereitschaft zur Konsiliar-Tätigkeit erklären kann. Konsiliar-Tätigkeit meint das Hinzugezogenwerden des Psychosomatikers zu Problempatienten, mit denen der Organmediziner diagnostisch und therapeutisch nicht fertig wird (vgl. dazu auch Bepperling 1981 b).

Die Hauptaufgabe besteht daher darin, als spezialisierter Berater die übrigen Ärzte vor allem diagnostisch zu unterstützen und auch in Kurztherapien therapeutische Aufgaben zu übernehmen. Im Vordergrund stehen hier psychiatrische / psychosomatische (im weiteren Sinne) Pati-

enten, Patienten mit Suizidversuchen, organischen Psychosyndromen, endogenen Psychosen. Der Konsiliarius übernimmt entsprechend vorwiegend die psychiatrische Notfalldiagnostik mit der Aufgabe, eine adäquate Therapiemöglichkeit - evtl. auch in einem anderen Krankenhaus - zu finden. So werden in Esslingen z.B. alle Patienten nach einem Suizidversuch (jährlich etwa 70 (Völckel 1975)) psychosomatisch untersucht und betreut.

Der Vorteil des Konsiliardienstes für ein Allgemeinkrankenhaus besteht darin, daß ein psychiatrisch / psychosomatisch geschulter Arzt für alle Abteilungen zur Verfügung steht und auf diese Weise auch in Kliniken und Gebieten ohne eine psychiatrische Abteilung eine psychiatrisch ausreichende Diagnostik möglich wird. Daneben können auch in Kurztherapien leichtere psychosomatische Erkrankungen behandelt werden. Für den Psychosomatiker hat diese Form der Integration den Vorteil, daß er seinen eigenen Bereich (die psychosomatische Station) hat: seine Abteilung, in der er selbständig arbeiten kann, ohne auf die Gunst der Organmediziner angewiesen zu sein, was besonders am Anfang beim Aufbau einer psychosomatischen Arbeit für den Psychosomatiker hilfreich ist. Zum anderen hat auch die Einrichtung einer eigenständigen psychosomatischen Abteilung den Vorteil, daß psychosomatisch Schwerkranke (schwere Neurosen mit gravierender Ich-Schwäche, schwere körperliche Symptomatik) stationär behandelt werden können, und daß besonders in psychotherapeutisch unterversorgten Gebieten durch Einrichtung einer Ambulanz die psychotherapeutische Versorgung verbessert werden könnte. Wir meinen daher, daß die Einrichtung einer selbständigen psychosomatischen Abteilung sinnvoll ist in Krankenhäusern, in denen noch keine psychosomatische Arbeit geleistet wird und vor allem in Gegenden, in denen eine psychotherapeutische Unterversorgung der Bevölkerung besteht.

Der Nachteil einer selbständigen Abteilung mit dem Angebot eines Konsiliardienstes liegt darin, daß weni-

ger Patienten psychosomatisch betreut werden können. "Unterschiede zwischen traditioneller Medizin und Psychotherapie in Organisationsstruktur, Diagnostik und Behandlungsangebot komplizieren auch hier [gemeint ist die Konsiliar-Tätigkeit] die Kooperation bei den gemeinsamen Bemühungen um Hilfeleistung für Kranke" (Schepank 1977, 19). Man kann daher froh sein, wenn Patienten mit rein oder doch vorwiegend psychischer Symptomatik vom Organmediziner dem Psychosomatiker zugewiesen werden, was schon eine Offenheit für diese Art von Medizin voraussetzt. Das Abtreten eines Patienten aus seinem Verfügungsbereich fällt ja selten einem Mediziner leicht. Daß aber hinter vorwiegend körperlichen Beschwerden eine primär "psychosomatische Erkrankung" - in unserem Beispiel die Depression - steht, fällt dem traditionellen und gewohnten Denken des Organmediziners mit der Alternativierung körperliche oder psychische Erkrankung besonders schwer.
Folge der fehlenden offenen Haltung des Organmediziners der psychosomatischen Medizin gegenüber ist, daß der Psychosomatiker nur selten zur Konsultation gerufen wird. (Persönliche Momente und Engagement des Psychosomatikers wirken sich natürlich immer auch auf die Häufigkeit der Konsultationsanforderungen aus.)

Die Ergebnisse in der Literaturübersicht bei Joraschky (1979, 283) zeigen, daß zwischen 1,34% und 2,8% aller Patienten eines Krankenhauses konsiliarisch psychosomatisch betreut wurden. Der Prozentsatz hängt sicher wie bei dem Liaisondienst auch mit der Anzahl der psychosomatischen Ärzte und der Offenheit der Organmediziner zusammen. Wir fanden in Esslingen in den Jahren 1974 bis 1979 eine Inanspruchnahme des Konsiliardienstes bei im Durchschnitt 3,08% aller Patienten des Krankenhauses (die Spanne lag zwischen 1,7% und 4,0%). Dies zeigt zwar eine sehr große Wirksamkeit der psychosomatischen Arbeit in Esslingen im Vergleich zu den Abteilungen, die bei Joraschky angeführt sind, aber im Vergleich zum Liaisondienst

einen wesentlich geringeren Einfluß der psychosomatischen Medizin auf die Organmedizin. Entsprechend werden die meisten funktionellen und leichteren psychosomatischen Erkrankungen in dem Allgemeinkrankenhaus trotz einer psychosomatischen Abteilung und eines Konsiliardienstes meist nicht erkannt und nicht adäquat behandelt.

Einen Ausweg bzw. Weg nach vorn könnte das Beispiel in Esslingen zeigen, wo nach zehnjähriger selbständiger psychosomatischer Arbeit die Offenheit des Personals der Organmedizin für die psychosomatische Medizin so weit gewachsen war, daß 1979 in der Kinderklinik eine psychosomatische Schwerpunktstation - integriert in die Organmedizin - gegründet werden konnte. Auf diese Weise kann über den Weg der psychosomatischen Selbständigkeit und der Konsiliar-Tätigkeit das Ziel der Integration psychosomatischer Medizin in die Allgemeinmedizin vielleicht doch noch erreicht werden.

Joraschky et al. (1979, 283) haben die Probleme des Konsiliardienstes folgendermaßen zusammengefaßt: "Auch beim stationsfernen Konsultationsdienst stellt das Spektrum der Anforderungen an den Konsiliarius weder quantitativ (ca. 30% aller stationären Patienten werden als psychisch behandlungsbedürftig angesehen) noch qualitativ ein Spiegelbild der tatsächlichen psychosomatischen Morbidität im Krankenhaus dar; es ist vielmehr als das Ergebnis eines Interaktionsprozesses zwischen den behandelnden Ärzten und ihren Patienten zu betrachten. Zumeist handelt es sich um Kranke, die für den anfordernden Arzt bzw. die Schwestern oder das ganze Team 'Problempatienten' sind, wie z.B. sozial oder psychologisch 'auffällige' Patienten, die sich schlecht in den Stationsablauf einfügen, offen aggressiv sind oder in anderer Form die Kooperation stören. Dies hat u.a. zur Folge, daß der zurückgezogene, depressive, verhaltensunauffällige Patient gewöhnlich übergangen wird (...). In dieser Gruppe finden sich andererseits viele im engeren Sinne psychosomatische Kranke. Sie haben allenfalls dann eine Chance, an

einen psychosomatischen Konsiliarius überwiesen zu werden, wenn sich kein organischer Befund erheben läßt; damit erfolgt jedoch eine einseitige Auswahl 'funktioneller Syndrome'".

1.3 Depressives Syndrom im Allgemeinkrankenhaus

1.3.1 Häufigkeit des depressiven Syndroms

Daß dieses Problem der unzureichenden Erfassung psychosomatischer Patienten auch in Esslingen besteht, zeigen folgende Zahlen: Über einen Zeitraum von 6 Jahren (1974 - 1979) wurde bei einer Gesamtzahl von 2629 konsiliarisch betreuten Patienten durchschnittlich bei 34,3% der Patienten (s = 0,93%) die Diagnose "depressives Syndrom" gestellt. (Bei Schüffel (1973, 195) z.B. waren es 27% der 202 konsiliarisch untersuchten Patienten.) Dies entspricht einer Häufigkeit der Diagnose "depressives Syndrom" von 1,06% (s = 0,035%) bei allen Patienten des Allgemeinkrankenhauses in Esslingen.

Betrachten wir dagegen die Häufigkeit der Depression in der Normalbevölkerung, so finden wir in der Literatur wesentlich höhere Prozentzahlen. Weissman et al. (1981) fanden in einer statistischen Studie mit "operationalized diagnostic criteria" einen Prozentsatz von 6,8%. Watts (zitiert nach López Ibor - Aliño 1975, 36) fand als praktischer Arzt bei 15% der Bevölkerung seines Districts Depressionen.

Bei der Befragung von niedergelassenen Ärzten in Spanien fanden López Ibor et al. (1974), daß durchschnittlich 18,8% der Patienten von Arztpraxen Depressionen hatten. Ebenso erbrachten Studien mit persönlichen Untersuchungen einer zufälligen Auswahl von Patienten aus Arztpraxen durch Psychosomatiker in der Schweiz und in Bayern einen Prozentsatz von 17% bzw. 18% (Kielholz et al. 1981, 10).

Auch wenn diese Prozentsätze auf Grund einer möglichen "diagnostischen Modeströmung"(Heimann 1974, 56) zu hoch

gegriffen sein sollten, zeigen sie doch eindeutig, daß in Esslingen nur ein kleiner Teil der depressiven Patienten diagnostisch erfasst wurde. Die unzureichende diagnostische Erfassung der depressiven Patienten hat ihren Grund nicht allein in der psychiatrischen und psychosomatischen Unerfahrenheit der meisten Organmediziner, sondern auch in der Problematik des depressiven Syndroms selbst, speziell in der sogenannten "larvierten Depression".

1.3.2 Das diagnostische Problem der larvierten Depression

Depression wird im Volksmund und bei vielen nicht - - psychiatrischen Ärzten mit Schwermut, gedrückter Stimmung gleichgesetzt. In ihrem Wesen ist sie aber etwas ganz anderes - in bezug auf die depressive Stimmung ist sie sogar durch die Unfähigkeit, eine solche Schwermut zu leben und zu erfahren ausgezeichnet: Schulte (1961, 314) hat die viel zitierte Formulierung "Nicht-traurig--sein-können" geprägt; Tellenbach (1961, 23) spricht von "Trauer ohne Bewegung". Zum anderen kennt "man" häufig noch die kulturabhängigen Symptome der Depression: "Suizidabsichten, Schuldgefühle, depressive Denkstörungen und dergleichen" (Angst 1973, 279), während die kulturstabilen und damit wohl grundlegenderen und vor allem weitgehend zeitunabhängigen Symptome von Nicht-Psychiatern meist unbedacht bleiben. Angst (ebd.) nennt hierzu die Antriebsstörungen und die "vitaldepressive körperliche Symptomatik mit Schlafstörungen, Appetenzstörungen usw.".

Zum anderen wird die Problematik der Depression durch die Vielgestaltigkeit der Symptome noch kompliziert: Sie können in alle Fachgebiete der Medizin hineinreichen, wodurch die allgemeinmedizinische Bedeutung der Depression deutlich wird: López Ibor-Aliño (1976) nennt z.B.: Algien und thymopathische Parästhesien, u.a. auch psychosensorielle Störungen (z.B. Schwindel, Ohrensausen, ver-

schwommene Sicht, Verlust des Geruchssinnes, Kopfschmerzen und Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems), andere neurologische und neurovegetative Störungen (z.B. Akathisie, Krämpfe, Zittern, Frösteln), Verdauungsstörungen (u.a. auch Colitis ulcerosa, Gastritis), Herzkreislaufbeschwerden, Atembeschwerden (u.a. Bronchialasthma), Urogenitale Störungen, Haut- und Schleimhautstörungen. Als Auswirkungen eines Depressionsgefühls nennt er u.a. Phobien, Zwangsideen und Dysmorphophobien.

Wir sehen, daß López Ibor-Aliño sowohl "subjektive Symptome", bei denen keine organischen Veränderungen festgestellt werden können, erwähnt als auch "funktionelle Störungen" (Herzarrhythmien, Verstopfung, Durchfall etc.) sowie auch "psychosomatische Krankheiten" im engeren Sinne, bei denen Schädigungen der betroffenen Organe auftreten.

Betrachtet man noch dazu die phasischen und periodischen Verläufe und die Neigung zum Syndromwechsel (Spiegelberg 1955, 1966, 1968 und 1969, 506), so wird deutlich, daß wir es bei der Depression mit einer schwierig zu diagnostizierenden Erkrankung zu tun haben. Dies gesteht selbst ein in bezug auf die larvierte Depression sehr erfahrener Psychiater wie López Ibor (1973) zu, der in bezug auf die Unterscheidung zwischen einer organischen oder nichtorganischen Ätiologie der larvierten Depression meint: "Das ist zugegebenermaßen nicht immer einfach, da es in der Pathogenese beider Fälle gewisse Gemeinsamkeiten geben kann." (a.a.O. 107) Auch zur Erkennung einer larvierten Depression als ein "depressives Geschehen .., bei dem die somatischen Symptome im Vordergrund stehen und die psychischen Symptome in den Hintergrund treten" (Kielholz et al. 1981, 9) meint López Ibor, trotz oder wegen seiner langen Erfahrung, daß die untergründigen depressiven Zustände "nur schwer zu entdecken sind, wenn nicht der Arzt gezielt danach sucht und zudem über eine große Erfahrung verfügt" (a.a.O. 113). Angesichts dieser Situation wird ersichtlich, daß ein durchschnittlich ausgebildeter Organmediziner einer solchen Erkrankung

diagnostisch nicht gewachsen sein kann, ja daß eine Liaison - Tätigkeit auf vielen Abteilungen fast unumgänglich wird, will man die häufigen, wiederholten körperlichen Durchuntersuchungen und auch die vielen vergeblichen therapeutischen Bemühungen vermeiden. Auch Lesse (1968, 125) sieht die Situation ähnlich wie wir: "Die Nichtpsychiater sind zu wenig geschult, den Gemütszustand hinter den somatischen Beschwerden zu erfassen. Manchmal vergehen Monate oder gar Jahre mit verschiedenen Behandlungsversuchen und kostspieligen Untersuchungen, bis der Patient schließlich nach einer langen Odyssee zum Psychiater gelangt." Im Zeitalter der Technisierung und zunehmenden Spezialisierung meinen wir jedoch, daß zwar die psychosomatische Fortbildung der Organmediziner erforderlich ist, daß aber der Bereich der Psychiatrie und der psychosomatischen Medizin einschließlich der Diagnostik der larvierten Depression im Allgemeinkrankenhaus nur von einem speziell in diesen Gebieten ausgebildeten Arzt adäquat versorgt werden kann - und dies nur im Rahmen einer (vorläufig erst angestrebten) Liaison - Tätigkeit. Diese wäre u.E. aus menschlichen und medizinisch - wirtschaftlichen Gründen dringend erforderlich, wenn man den Zahlen bei Kielholz et al. (1981, 10) glauben möchte und daher 17% - 18% aller Patienten unter dem Gesichtspunkt der (larvierten und daher von Nicht - Fachleuten nicht erkannten) Depression sehen muß.

Zusammenfassend können wir festhalten, daß uns für den Aufbau einer psychosomatischen Medizin in einem Allgemeinkrankenhaus zunächst die Einrichtung einer selbständigen Station vorteilhafter erscheint gegenüber einer sofort intendierten Integration psychosomatischer Medizin in die Organmedizin, da eine solche selbständige Abteilung die diagnostische Notfallversorgung psychischer Erkrankungen im ganzen Krankenhaus übernehmen und so eine meist vorhandene Versorgungslücke schließen könnte. Zwar bleiben auf diese Weise, wie wir sahen, die meisten psychosomatischen Erkrankungen und vor allem die larvier-

te Depression unerkannt; eine Integration psychosomatischer Medizin in die Organmedizin kann sich jedoch erst langsam vollziehen und erfordert die Reifung der Offenheit der Organmediziner für die Psychosomatik. Es ist daher auch Aufgabe einer psychosomatischen Abteilung, für die Fortbildung und Öffnung der Kollegen auf dem Gebiet der Psychosomatik zu sorgen und auf diese Weise den Weg zur Integration zu bereiten.

Eine weitere Aufgabe kann die psychosomatische Abteilung in dieser organisatorischen Form erfüllen: die Versorgung der Öffentlichkeit hinsichtlich psychiatrischer und psychosomatischer Diagnostik in einer Ambulanz und auch hinsichtlich psychosomatischer und psychotherapeutischer Behandlung, ambulant und stationär. Auf diese Weise können Lücken in der medizinischen Versorgung teilweise geschlossen werden.

Zugleich können durch solche Abteilungen auch Weiterbildungsplätze für junge Ärzte geschaffen werden, was in Anbetracht der größer werdenden Studentenzahlen und der damit in Zukunft fehlenden Weiterbildungsplätze auf der einen Seite und andererseits der bis heute noch viel zu geringen Anzahl niedergelassener Psychotherapeuten (Wartezeiten in bestversorgten Gebieten von mehr als einem halben Jahr sollten keine Dauerlösung bleiben) von großem Nutzen sein könnte. Auch könnte durch die Schaffung von psychosomatischen Weiterbildungsplätzen an Allgemeinkrankenhäusern vor allem in ländlicheren Gebieten der bestehenden Zusammenballung von Psychotherapeuten in wenigen Städten entgegengewirkt werden. Denn es wurde festgestellt, daß sich Psychotherapeuten meist in der Nähe ihrer Ausbildungsstätte niederlassen (Drucksache 7/4200, 144). Eine breitere Verteilung von Weiterbildungsstätten hätte somit auch eine bessere Streuung von niedergelassenen Psychotherapeuten zur Folge.

Wir können daher dem "Sondervotum von Prof. Dr. Dr. Häfner" (Drucksache 7/4200, 416) nicht zustimmen: Die

Beschränkung der psychotherapeutischen Abteilungen im wesentlichen auf universitäre psychiatrische Einrichtungen würde eben dieser ungleichen psychotherapeutischen Versorgung weiter Vorschub leisten. Auch könnte sich auf diese Weise psychosomatisches Denken in der Allgemeinmedizin nie durchsetzen. Psychosomatische Medizin gehört entsprechend ihren Krankheitsbildern in die Allgemeinmedizin und damit auch in die Allgemeinkrankenhäuser. Ohne die Einrichtung von psychosomatischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern sehen wir keine Aussicht auf eine Reduzierung der Kosten für Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen und des menschlichen Leids.

Wir lehnen daher sogar die Neugründung von psychotherapeutisch / psychosomatischen Fachkrankenhäusern ab und plädieren allein für die "Angliederung von eigenständigen psychotherapeutisch / psychosomatischen Abteilungen an psychiatrische und Allgemeinkrankenhäuser" (Drucksache 7 / 4200, 303), um die Psychosomatik dort zu integrieren, wohin sie gehört.

Für die Ausbildung des Psychosomatikers wird aus den obigen Darlegungen des Aufgabenbereichs deutlich, daß eine gründliche psychiatrische und neurologische Weiterbildung die Voraussetzung seiner Tätigkeit ist. Denn nach diesem Modell würde der Psychosomatiker die diagnostische Notfallversorgung im neurologischen, psychiatrischen und psychosomatischen Bereich der Medizin mit übernehmen.

2. Selbständige psychosomatische Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus

2.1 Externe Ambulanz

Ein nicht unwesentlicher Teil der Tätigkeit einer psychosomatischen Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus besteht in der externen Ambulanz, in der vorwiegend Patienten diagnostisch untersucht werden, die von nieder-

gelassenen Ärzten überwiesen werden mit der Fragestellung, welche Therapie am sinnvollsten sei. Diese ambulante Tätigkeit ist besonders in Gegenden mit nervenärztlicher Unterversorgung wichtig. Die psychosomatische Abteilung kann auf diese Weise für eine ganze Region (dem Einzugsbereich des Krankenhauses) als diagnostische Notfallstation wirken und die Patienten der jeweils richtigen Therapie zuführen.

Auch in nervenärztlich besser versorgten Gebieten (wie es der Raum Stuttgart ist) zeigt sich, daß die externe Ambulanz sehr gefragt ist, sowohl für Notfallpatienten (suizidgefährdete und psychotische Patienten) als auch nicht zuletzt für die Fragestellung nach der Indikation für eine stationäre Aufnahme, eine ambulante Familientherapie oder autogenes Training (Bepperling 1974). Eine große Hilfe für die Verteilung der Patienten ist es natürlich, wenn in der Umgegend ausreichend psychotherapeutische und sozialtherapeutische Stellen vorhanden sind, an die gegebenenfalls die Patienten verwiesen werden können. Eine ausreichende psychosomatische / psychotherapeutische Versorgung des Krankenhauses und des ganzen Einzugsbereiches kann eine solche Abteilung natürlich nicht allein leisten.

Um einen Eindruck zu bekommen, wie häufig das depressive Syndrom bei psychosomatischen Patienten diagnostiziert wird, betrachteten wir die Unterlagen der Patienten, die in einem Zeitraum von 3 Jahren (1977 - 1979) in die externe Ambulanz der Psychosomatischen Abteilung in Esslingen kamen (n = 1090). Wir fanden einen durchschnittlichen Prozentsatz von 59,63% (s = 1,5%). Wir betrachten diese Prozentzahl als repräsentativ für die psychosomatischen Patienten in Esslingen, da die Patienten unausgelesen untersucht wurden.

Erstaunt waren wir, als wir feststellten, daß die stationär behandelten psychosomatischen Patienten, die dem Ausleseprozeß einer strengen Indikationsprüfung unterworfen waren, nahezu den gleichen durchschnittlichen Pro-

zentsatz an Patienten mit depressivem Syndrom aufwiesen. Er betrug in den Jahren 1974 bis 1979 $\bar{x} = 58,10\,\%$; $n = 642$; $s = 1,9\,\%$. Wir entnehmen daraus, daß die Patienten mit einem depressiven Syndrom den Hauptanteil unter den psychosomatischen Patienten stellen. Unsere Untersuchung betrifft also mehr als die Hälfte der psychosomatischen Patienten im Allgemeinkrankenhaus. Zum anderen sehen wir, daß die Patienten mit depressivem Syndrom entsprechend ihrer Häufigkeit stationär behandelt wurden - nicht häufiger, aber auch nicht seltener.

2.2 Stationäre Psychotherapie

Allgemeine Bemerkungen zur Problematik

Für einen Teil der psychosomatischen Patienten ist eine ambulante Gruppen- oder Einzeltherapie nicht ausreichend bzw. nicht indiziert, da sie auf Grund ihrer Ich-Schwäche oder/und ihrer schweren Zugänglichkeit für psychotherapeutische Methoden nicht in der Lage sind, eine ambulante Psychotherapie durchzustehen. Auch schlechte soziale Umweltfaktoren, die dem Patienten nicht erlauben, in einen analytischen Prozeß zu gelangen, können eine Indikation für die stationäre Behandlung sein. Schwere psychosomatische und neurotische Entwicklungen, chronische Erkrankungen also, die den Patienten über Jahre in die Gewöhnung an Passivität und das Versorgtwerden gebracht haben, lassen eine ambulante Therapie oft hoffnungslos erscheinen. Schepank (1977, 7) meint zu seinen stationär behandelten Patienten in der Universitätsklinik Mannheim: "Der typische Patient zeigt eine ziemlich chronifizierte Störung, verfügt jedoch noch über einen ausreichend gesunden Ich-Anteil, der es ihm ermöglicht, ein therapeutisches Arbeitsbündnis zu schließen."

Gegenüber der ambulanten Psychotherapie bietet die stationäre Psychotherapie eine Reihe von Vorzügen. Durch die Herausnahme aus der gewohnten sozialen Umwelt

können pathogene Konstellationen aufgebrochen werden und in der Therapie aus der Distanz der Umwelt gegenüber eine neue Haltung gewonnen werden. Wie viele Autoren beschreiben, wirkt schon allein das "Schonklima" heilsam (was auch bei Ulcuskranken in den Inneren Kliniken ohne jede große weitere Therapie einfach zu beobachten ist) - jedoch meist ohne großen nachhaltigen Effekt. Die Herausnahme aus den gewohnten Bezügen hat u.E. keine wirkliche bleibende therapeutische Wirkung; es kann dadurch höchstens eine vorübergehende Symptombeseitigung erreicht werden. Bei leichteren Fällen könnte diese Maßnahme vielleicht auch einmal als Stützung zur Selbstheilung ausreichen. Diese Patienten wären jedoch auf einer in bezug auf Therapieangebote so aufwendigen Station wie der Psychosomatischen Abteilung in Esslingen aus finanziellen Gründen fehl am Platze. Einen wirklichen Vorteil der stationären Behandlung bietet aber das Schonklima hinsichtlich der analytischen Arbeit: Es fördert die Regressionstendenzen und ermöglicht damit eine raschere tiefergehende Analyse, da der Patient sich angenommen, versorgt und geborgen fühlen kann. Auch kann die Analyse und auch z.B. die Funktionelle Entspannung (siehe unten) rascher und mit tieferer Erschütterung vor sich gehen, bis an die Grenze der Ich-Kräfte, da die geschützte Klinikatmosphäre und die Möglichkeit einer anschließenden Betreuung durch die Schwestern den Patienten vor der völligen Dekompensation bewahren können. Dies ist bei einer ambulanten Behandlung nicht denkbar, wo der Patient sich anschließend sofort wieder im Verkehr zurechtfinden muß. Auch die Entlastung von all den täglichen Belastungen sowie das Fehlen von großen Ablenkungsmöglichkeiten (in Esslingen wird dies durch ein Fernsehverbot und die Bitte, keine Illustrierten und Zeitungen zu lesen realisiert) schaffen ein Klima der inneren Sammlung und ermöglichen ein intensives Arbeiten an sich selbst. Auf diese Weise kann psychoanalytische Arbeit wesentlich intensiver wirksam werden als bei ambu-

lanter Behandlung und die Therapie auch schwerer chronifizierter neurotischer Erkrankungen möglich werden (wie unser Fallbeispiel zu Beginn der Arbeit zeigt). Auch Schepank (1977, 7) meint dazu: "Durch eine stationäre Therapie kommen therapeutische Prozesse wesentlich schneller ingang als bei einer primär ambulanten Behandlung."

Einen organisatorisch bedingten Vorteil der stationären Psychotherapie sehen wir in der meist fehlenden Möglichkeit des Patienten, seinen Einzeltherapeuten selbst auswählen zu können. Bei der selbständigen Wahl eines ambulanten Therapeuten durch den Klienten beobachteten wir nicht selten, daß der Klient, ohne es bewußt zu wollen, einen zu seiner "Struktur" passenden Psychotherapeuten wählt, wodurch oft sehr problematische Verhaltens- und Denkgewohnheiten (Komplexe) unangetastet bleiben können.

Weiter läßt sich nur in der Klinik gezielt eine Kombination von Psychotherapie mit körperlichen Behandlungen verwirklichen, welche sowohl für die Heilung als auch für die analytische Psychotherapie förderlich sein kann.

Bezüglich der verschiedenen Behandlungsarten meinen wir mit Langen (1978, 143), daß "das kostspielige Instrument einer derartigen Behandlungssituation in der Psychotherapie ... nicht in allen seinen Möglichkeiten" genutzt wird, wenn nur Einzeltherapien **oder** nur Gruppenpsychotherapien in der Klinik gemacht werden. **Wer ein größeres Behandlungsangebot nur deshalb ablehnen will, weil es bisher** in seinen "Auswirkungen auf die Übertragungs-Gegenübertragungskonstellation" noch kaum "differenziert und kritisch im Rahmen solch pragmatischer Modelle [gemeint sind Langen 1956 und Bepperling 1974] untersucht und beschrieben" worden sei, wie es Janssen (1980, 68) im Hinblick auf die Arbeit in Esslingen tut, schätzt u.E. die Theorie zu hoch ein - als ob die Analyse von Auswirkungen auf Übertragungskonstellationen die Wirklichkeit

voll erfassen könnte und diese erst eine Rechtfertigung für die Praktizierung von Techniken gäbe. Auch ist uns unklar, wie Janssen (1980, 67) zu folgendem Urteil über Esslingen kommen kann: "Dieses stationäre Versorgungsmodell wird schon eine psychotherapeutische Aktualhilfe leisten können, jedoch jeden tiefergehenden, konfliktaufdeckenden Ansatz verwehren müssen, da die Bedingungen der Therapie allzusehr an den Bedingungen der somatischen Medizin orientiert sind." Ähnlich pauschal urteilt er (a. a.O. 70) das Ulmer Modell ab. Wir sehen in Esslingen bei der stationären Arbeit (nicht natürlich bei den konsiliarischen Kurztherapien auf den anderen Abteilungen) ebenso wie bei anderen analytischen Psychotherapien die Bemühung um die Analyse von Übertragungskonstellationen (Beispiele bei Bepperling 1981), die sich bei einer klinischen Therapie allerdings nicht so einfach allein auf die Übertragung Patient - Einzeltherapeut beschränken lassen, wie dies in einer ambulanten Therapie möglich ist.

Nachteile einer stationären Behandlung sind die hohen Kosten, die beschränkte Aufenthaltsdauer, Gefahren der Passivierung (Ahlbrecht 1972), die Gewöhnung an das Versorgtwerden - was Langen (1978, 140) besonders für die übermäßig langen stationären Behandlungen hervorhebt - und die Entwöhnung vom "normalen" Leben mit allen seinen Problemen.

Aus den angeführten Gründen meinen wir, daß sich eine stationäre psychotherapeutische Behandlung auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten gegenüber ambulanter Behandlung rechtfertigen läßt, besonders, wenn die Indikation zu einer solchen Therapie streng gestellt wird und nur solche Patienten dafür ausgewählt werden, die einer allein ambulanten Behandlung nicht zugänglich wären oder bei denen der Erfolg einer ambulanten Behandlung sehr unwahrscheinlich wäre.

Nach diesen allgemeinen Erwägungen zur stationären

Psychotherapie, möchten wir zu unserem Beispiel der psychosomatischen Behandlung in Esslingen übergehen.

2.3 Stationäre Psychotherapie in Esslingen

Obwohl in der Psychosomatischen Abteilung des Esslinger Krankenhauses neben Patienten mit depressivem Syndrom auch Patienten stationär behandelt werden, die an einem Asthma bronchiale leiden, an Colitis ulcerosa, Ulcus duodeni vel ventriculi, Ileitis terminalis, Anorexia nervosa, Adipositas, Hypertonie, Kreislauffunktionsstörungen oder Herzinfarkt oder auch Patienten mit psychosomatischen Schmerzsyndromen, Phobien, Zwangsneurosen, sofern schwere neurotische Entwicklungen vorliegen (Fallbeispiele bei Bepperling 1981), möchten wir im folgenden nur die Therapie der Patienten mit depressivem Syndrom beschreiben.

Im Zentrum der Behandlung steht die Einzeltherapie und die Beziehung "Zentraltherapeut" (der einem Patienten zugeteilte - bzw. umgekehrt - Psychotherapeut) - Patient. Da die Patienten meist mit einer schweren Störung der Entwicklung des Selbst und mit Ichfunktionsschwächen zur Behandlung kommen, halten wir im Gegensatz zu Stephanos (1979, 373), Arfsten et al. (1975 und 1978) und Janssen (1980, 174) die Intimität, den Schutz und den Halt einer Einzeltherapeut - Patient - Beziehung für sehr wesentlich.

Exkurs: Bemerkungen zur Einzeltherapie

Stephanos (1979, 371) gibt jedoch auch zu, daß sich herausstellte, "daß viele Patienten mit psychosomatischen Störungen sich im Laufe der Gruppentherapie nicht wesentlich besserten." Ebenso sehen Arfsten et al. (1975, 218) in dem Fehlen einer Einzeltherapie die Erschwerung der Bildung von "stabilen Introjekten". 1978 (243) gestehen Arfsten et al. auch zu, daß bei "klassischen Neurosen""die Aufarbeitung des individuellen Konflikts durch das Fehlen von Einzeltherapie nur begrenzt möglich

ist."

Besonders beim depressiven Menschen, der "auf Nähe angelegt" ist (Tellenbach 1961, 109), halten wir die zentrale Dualbeziehung für sehr wichtig. Nach Lesse (1968, 123) ist die "absichtliche Forderung einer stark positiven Übertragung ... bei schwer depressiven Patienten [wenigstens zu Anfang der Behandlung - Zusatz des Autors] eine Notwendigkeit".

Wie die Untersuchung von Waniek et al. (1981) bei Patienten, die zur stationären Aufnahme einer psychotherapeutischen Abteilung kamen zeigt, steht an erster Stelle das Bedürfnis nach Einzelgesprächen (bei allen verschiedenen Diagnosegruppen) - wir möchten es umformulieren: nach einer zentralen Kontaktperson.

Gerade diesem Bedürfnis des Patienten wird in der Klinik meist zu wenig entsprochen in der Vielfalt der Behandlungen und Bezugspersonen, die alle ihrer wohldefinierten Rolle nicht aber dem Patienten als Subjekt und ganzem Menschen gerecht werden. Möchte die Psychotherapie dem Grundgedanken der Psychosomatik treu bleiben (nämlich den ganzen Menschen wieder in den Blick zu bekommen), so muß sie u.E. die starre Gesetzlichkeit und Ordnung wohldefinierter, gut analysierter und untersuchter Behandlungsprinzipien freier handhaben und auch in der Therapeutenrolle das eigene Menschsein zum anderen Menschen sprechen lassen.

Wir meinen, daß die zentrale Einzeltherapie, in die die wesentliche Energie der Behandlung und aller verschiedenen Behandlungsmaßnahmen fließen soll, dem Bedürfnis des depressiven Patienten am nächsten kommt und auch eine gute individuelle Steuerung und Anpassung weiterer Behandlungsmaßnahmen an den Stand der Entwicklung eines jeden Patienten ermöglicht. Wir sehen daher für diese Art der gezielten Behandlung nicht die "Gefahr der Polipragmasie" (Langen 1978, 148) - schon gar nicht die einer "unorganisierten Polypragmasie" mit der Möglichkeit für den Patienten, "agierend einer notwendigen Be-

arbeitung der unbewußten Interaktionen des Patienten auszuweichen" (Janssen 1980, 68). Alle anderen Behandlungsmaßnahmen und -möglichkeiten sehen wir als Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen für den analytischen Prozeß in der Einzeltherapie an - ohne den sozialtherapeutischen Wert von Gruppentherapie schmälern oder gar leugnen zu wollen. Dies erfordert natürlich einen guten Kontakt der Therapeuten untereinander und einen stetigen Informationsfluß, vor allem von den Therapeuten zum "Zentraltherapeuten" - aber auch umgekehrt. Durch dieses System wird eindeutig dem "Zentraltherapeuten" die Verantwortung für die "Integration der Therapien" übertragen, welche Zuordnung der Verantwortung Fürstenau (1974, 137) bei den meisten Modellen vermißt.

Die Durchführung der Behandlung: Je nach der Schwere der Erkrankung und der Symptomatik sehen wir die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva zu Beginn einer stationären Behandlung. Diese medikamentöse Behandlung wird meist nach ersten stützenden Einzelgesprächen aufgenommen. Es soll dadurch eine Öffnung des Patienten und eine gewisse Distanzierung von der Symptomatik erreicht werden. Die kombinierte Pharmako- und Psychotherapie (vgl. Schulte 1967; Lesse 1968) wird in Esslingen schon lange mit besten Erfahrungen praktiziert. Am häufigsten kommen die Antidepressiva vom Imipramintyp zur Anwendung - sehr selten vom Amitriptylintyp (wegen der Dämpfung [1]) -, dies aber nur, sofern eine Notwendigkeit besteht. Zur Förderung der Regression und "Befriedigung der infantilen Abhängigkeit der Patienten" (Lesse 1968, 122) wird nicht selten die Medikation durch

1) Vgl. dazu Mauz (1967, 259): "Wenn es nicht gelingt, die pharmakologische Behandlung so zu gestalten, daß die psychotherapeutischen Möglichkeiten nicht darunter leiden, sehe ich schwarz. Erfreulicherweise sind überall in der Welt Ansätze zu einer Synthese von Somato-und Psychotherapie vorhanden."

Infusionen verabreicht. Nach etwa einer Woche erfolgt meist der Übergang zu oraler Applikationsweise. Sedativa und Analgetika werden dagegen soweit irgend möglich vermieden, um die Dynamik des Prozesses (der durch Schmerzen häufig in Gang gehalten wird) nicht abzuschwächen. Der Patient soll motiviert bleiben, an den Problemen, die ihm Schmerzen bereiten zu arbeiten. Über die Situationsanalyse beim Auftreten der Schmerzen läßt sich in der Einzeltherapie häufig ein wichtiges Problem herausarbeiten.

Neben der Einzeltherapie (3 - 5 Wochenstunden) wird vom Zentraltherapeuten auch eine analytisch orientierte Kleingruppentherapie (2 mal wöchentlich 90 Minuten) geleitet. Sobald es die Symptomatik zuläßt und bei den meist "ich-schwachen Patienten eine verläßliche therapeutische Beziehung entstanden ist", wodurch ein ausreichender "Kränkungsschutz" (Bepperling 1981) durch die Beziehung zum Einzeltherapeuten = Kleingruppenleiter gewährleistet ist, nehmen die Patienten daran teil.

Die Gruppe dient der Besprechung und dem Austausch von persönlichen Problemen und Gefühlen, die in die eigene Kindheit und das spätere Leben zurückreichen. Auch Übertragungsphänomene zwischen den Gruppenmitgliedern (es werden hier häufig Konfliktbereiche der Familiensituation aktualisiert) werden hier analysiert. Auch lernt der Patient im Verlauf der Behandlung in der Kleingruppe einen neuen sprachlichen Umgang mit den anderen, wodurch die Kommunikation erleichtert wird. Z.B. soll keiner für den anderen reden (in der "Man-" oder "Wir-Form"); der andere soll nicht durch ein "Du bist ..." festgelegt werden; dafür soll in der "Ich-Form"gesprochen werden: "Ich meine, empfinde, sehe dich so ...".

Ein Patient meinte nach drei Jahren: "Ganz neu war für mich die Erfahrung, daß man über seine Gefühle reden kann. Das habe ich in der Kleingruppe gelernt."

Dadurch, daß die Kleingruppe als offene Gruppe konzipiert ist, können die neu hinzugekommenen Patienten oft

sehr schnell die ungewohnten Umgangsformen (am Vorbild der "älteren" Patienten) lernen, wodurch sie rasch in den Therapieprozeß eintreten. Sie werden zur Selbst- und Fremdbeobachtung angeregt und auch zur Austragung von Meinungsverschiedenheiten, was ja für den depressiven Menschen eine Schwierigkeit darstellt.

Die Großgruppe (2 mal wöchentlich) besuchen alle 24 Patienten der Station, sobald sie etwas gefestigt sind. Interaktions-, Rollen-, Konflikt-, Dialog-, Feedback-spiele dienen dazu, im Patienten grundlegende Gefühle auszulösen, die von ihm selbst allein und in der Einzeltherapie weiterverarbeitet werden sollen. Auch Märchen, Gedichte, Gleichnisse dienen diesem Ziel. Zugleich wird auch angestrebt, die Selbstbehauptung zu stärken, den Umgang mit Aggressionen zu üben und auch die Gemeinschaftsatmosphäre der Station weiter zu verbessern.

Die weiteren Therapiemöglichkeiten werden gezielt eingesetzt: Frühgymnastik und Schwimmen dienen der körperlichen Aktivierung des Patienten schon am Morgen. Ausdruckstherapie, Bewegungs- und aktive Musiktherapie fördern ebenso die körperliche Aktivität wie auch das Erleben des eigenen Körpers. Durch das Autogene Training und besonders die personalintensive Funktionelle Entspannung (Fuchs 1974) kann die psychosomatische Therapie ergänzt,aber auch befruchtet werden durch die Erfahrung von Verspannungen, körperlichen Sensationen und durch Erfahren und Erleben von verdrängten Gefühlen. Der Sensibilisierung und dem Erleben der eigenen Gefühle dient auch die rezeptive Musiktherapie. Gestaltungs-, Mal- und Beschäftigungstherapie sind Möglichkeiten des averbalen Ausdrucks von inneren Gefühlen, die in der Einzeltherapie wiederum verbalisiert und verarbeitet werden können. Ein weiterer Effekt all dieser therapeutischen Maßnahmen ist das Erlernen von neuen Lebensmöglichkeiten und das Erleben von unerwarteten Fähigkeiten. So erfuhr ich bei der Nachuntersuchung, daß einige Patienten seit ihrer stationären Behandlung malen, modellie-

ren oder auch begonnen haben, ein Musikinstrument zu spielen. Viele berichteten auch von der Weiterführung des Autogenen Trainings oder - soweit sie eine entsprechende Therapie erhalten hatten - der Funktionellen Entspannung.

Bei der Nachuntersuchung zeigte sich, daß für jeden Patienten etwas anderes sehr wichtig war in der Behandlung, so auch einmal nur "ein Satz des Chefarztes bei der Visite" oder "der freundliche Empfang der Schwestern bei der Aufnahme". Wir haben hier nur einige Momente der Therapie, die uns wesentlich erschienen, erwähnt. Wie aber die Nachuntersuchung zeigte, spielen oft viele kleine Nebensächlichkeiten - bei jedem Menschen wieder andere - eine wichtige Rolle, so daß wir sicher nie alle therapeutisch relevanten Faktoren aufzählen und bestimmen können.

Die Dauer der stationären Behandlung richtet sich nach den jeweiligen Behandlungserfordernissen. Sie muß "flexibel und durchlässig für die Bedürfnisse der Patienten" gehandhabt werden (Bräutigam 1978, 28), aber auch wesentlich abhängig vom Stand der therapeutischen Entwicklung. Gegen Ende der Behandlung wird versucht, die Rückkehr des Patienten in die frühere - jetzt meist mit einem etwas anderen Blick gesehene - soziale Umgebung dadurch zu erleichtern, daß ihm Wochenend-"Urlaub" gewährt wird, was als therapeutisches Element verstanden wird. Der Patient soll sich aus seiner nun gefestigten Position heraus - die Station und den Zentraltherapeuten noch hinter sich als Stütze wissend - mit der häuslichen Umgebung und ihren Problemen auseinandersetzen, was dann in den Einzel- und Kleingruppentherapien verarbeitet und vertieft werden kann. Diese Konfrontation mit der Problematik der eigenen Situation, in die der Patient nach der Entlassung zurückkehrt, fordert auch Bräutigam (ebd.).

Seiner Forderung nach einer ambulanten Nachbehandlung

(a.a.O. 27) kann in Esslingen nur insoweit entsprochen werden, als eine dringende Notwendigkeit dafür besteht. Die ambulante Nachbehandlung wird in Form von sporadischen Einzelgesprächen oder einer großen analytischen Psychotherapie durchgeführt. Eine generelle ambulante Kleingruppen-Nachtherapie wäre u.E. sehr wünschenswert, was auch die Bedürfnisäußerungen der Patienten bei der Nachuntersuchung bestätigten. Dies konnte bisher leider aus personellen Gründen noch nicht durchgeführt werden.

2.4 Konkrete Daten über Behandlungsparameter

2.4.1 Behandlungsdauer

Im folgenden betrachten wir die konkrete Behandlungsdauer der Patienten auf der Psychosomatischen Abteilung in Esslingen. Die Berechnung der durchschnittlichen Behandlungsdauer bei den psychosomatischen Patienten ergab in den sechs Jahren 1974 bis 1979 $\bar{x}_{P\,ges} = 70{,}35$ Tage. Im Jahr 1977, das wir für unsere Nachuntersuchung auswählten, betrug die mittlere Behandlungsdauer aller Patienten $\bar{x}_{P\,ges} = 70{,}32$ Tage.
Bei den Patienten mit der Diagnose "Depressives Syndrom", die im Jahr 1977 stationär behandelt wurden, fanden wir eine mittlere Behandlungsdauer von $\bar{x}_{D} = 92{,}18$ Tagen. Hieraus wird schon deutlich, daß depressive Patienten durchschnittlich (um ca. 18 Tage) länger behandelt wurden als alle psychosomatischen Patienten. Vergleichen wir die durchschnittliche Behandlungsdauer der depressiven Patienten ($\bar{x}_{D} = 92{,}18$ Tage) mit der durchschnittlichen Behandlungsdauer der psychosomatischen Patienten mit anderen Diagnosen ($\bar{x}_{P\,ges \setminus D} = \bar{x}_{P\,ges \mid \bar{D}} = 41{,}33$ Tage), so finden wir sogar einen Unterschied von 50,85 Tagen.

Als Ergebnis können wir also festhalten:

> Patienten mit depressivem Syndrom wurden durchschnittlich wesentlich länger (50,85 Tage) stationär behandelt als psychosomatische Patienten mit anderer Diagnose.

Die Darstellung der Behandlungsdauer aufgeteilt nach verschiedenen Diagnosegruppen [1] zeigt Tabelle 1.

Behandlungsdauer / Diagnose		bis 60 Tage	61 - 90 Tage	91-120 Tage	über 120 Tage	$\bar{x}$	s
reakt.	Depr. n = 7	5	1	1	-	54,71	35,76
neurot.	Depr. n = 35	15	10	3	7	82,77	63,88
schw. n.	Depr. n = 17	3	3	4	7	130,76	87,41
endogene	Depr. n = 2	1	1	-	-	60,00	33,94
gesamt	n = 61	24	15	8	14	92,18	71,89

Tab. 1 : Kontingenztafel für die klassierten Daten der Merkmale "Diagnose" und "Behandlungsdauer in Tagen" der Patienten mit depressivem Syndrom

$\chi^2 = 12,3$; FG = 9; $\alpha > 0,05$ [2]

Statistisch zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosegruppen [2] (u.a. wegen der zu geringen Anzahl von Patienten).

Aus den Mittelwerten der Behandlungsdauer einer jeweiligen Diagnoseuntergruppe läßt sich dagegen augenscheinlich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Schwere der Erkrankung erkennen [2]: Im Durchschnitt wurden die Patienten mit neurotischer Depression 28 Tage länger behandelt als die Patienten mit einer reaktiven Depression. Noch größer ist die Differenz der Mittelwerte der Therapiedauer zwischen neurotischer

---

1) Auf das Problem dieser Gruppierung gehen wir im nächsten Abschnitt (B 1.1.2 und 1.1.3) ein.

2) Bei dieser und allen folgenden Betrachtungen sowie statistischen Berechnungen lassen wir die endogene Depression wegen der zu geringen Patientenzahl unberücksichtigt.

Depression und schwerer neurotischer Depression: Sie beträgt 48 Tage.

Wir können daraus entnehmen:

Im Durchschnitt wurden Patienten mit einer schweren Depression länger behandelt als mit einer leichteren.

Aus dem Vergleich der durchschnittlichen Behandlungsdauer zwischen depressiven Patienten und den anderen psychosomatischen Patienten ergab sich ein großer Unterschied, so daß wir in Analogie zu der eben getroffenen Feststellung behaupten möchten, daß wir es beim depressiven Syndrom mit einer im Vergleich zu den anderen psychosomatischen Erkrankungen relativ schweren Erkrankung zu tun haben. Unter "schwerer Erkrankung" verstehen wir hier vor allem eine schwer und lang zu behandelnde Erkrankung. Diese Bemerkung über die relative Schwere der Erkrankung halten wir für besonders wichtig im Hinblick auf den Vergleich von Therapieerfolgen, welche meist jeweils an der Gesamtheit aller psychosomatisch Erkrankten untersucht wurden.

2.4.2 Ambulante Nachbehandlung [1)]

Nur ein Teil der stationär behandelten Patienten erhielt eine ambulante Nachbehandlung. Diese erfolgte hauptsächlich nach dem Kriterium der Notwendigkeit entweder für die Stabilisierung des Therapieerfolges oder für die Fortführung des analytischen Prozesses. Natürlich waren auch die Bereitschaft des Patienten, zeitliche und entfernungsmäßige Probleme des Patienten sowie personelle und zeitliche Beschränkung von seiten des Therapeutenteams begrenzende Faktoren. Daß die Notwendigkeit bei der Auswahl der Patienten das ausschlaggebende Moment war, zeigt unsere Untersuchung (vgl. Tab. 2) , die

---

1) Die Daten über die ambulante Nachbehandlung von Patienten mit depressivem Syndrom entstammen unserer Fragebogenuntersuchung, die wir im nächsten Abschnitt (B 2) erläutern.

eine signifikante Abhängigkeit der erhaltenen Nachbehandlung von der Schwere der Erkrankung ergab (Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 2,5 %). Diese signifikante Abhängigkeit zeigte sich zwischen allen drei Patientengruppen.

ambulante Nachbehandlung / Diagnose	keine	kurz	lang
reaktive Depr. n = 5	5	-	-
neurot. Depr. n = 22	13	3	6
schw. n. Depr. n = 13	1	1	11
gesamt n = 40	19	4	17

Tab. 2: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Diagnose" und "ambulante Nachbehandlung"

$\chi^2 = 17{,}44$; FG = 4 ; $\alpha < 0{,}025$

Bei der Aufstellung der Kontingenztafel verzeichneten wir unter "keine Nachbehandlung" diejenigen Patienten, die nach der Entlassung aus der stationären Behandlung keine weitere Behandlung in psychotherapeutischer Hinsicht erhalten hatten. Unter "kurz" fassten wir die Patienten zusammen, die weniger als zehn Einzeltherapiestunden und kürzer als ein halbes Jahr ambulant nachbehandelt wurden. In der Spalte "lang" führten wir alle die Patienten auf, die länger als ein halbes Jahr sporadisch Einzeltherapiestunden erhielten oder länger als zehn Stunden psychotherapeutisch weiterbehandelt wurden, wobei diese Gruppe mit großer Mehrheit Patienten umfaßt, die als Nachbehandlung eine psychoanalytische Einzeltherapie von achtzig und mehr Stunden erhielten.

Als Ergebnis können wir also festhalten:

Die Nachbehandlung der Patienten erfolgte weitgehend entsprechend der Schwere ihrer Erkrankung und entsprechend einer schwierigen psychosozialen Konstellation.

B KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG EHEMALIGER PATIENTEN MIT DER DIAGNOSE DEPRESSIVES SYNDROM

Wir fragen in diesem Teil der Arbeit nach der tatsächlichen Effizienz der psychosomatischen Tätigkeit in einem Allgemeinkrankenhaus. Hinter dieser Frage steht die Überlegung, ob es sinnvoll wäre, auch in anderen Krankenhäusern eine solche Abteilung wie sie in Esslingen seit über zehn Jahren besteht einzurichten.

Zugleich fragen wir nach den Grenzen psychosomatischer Tätigkeit und nach sich ergebenden Verbesserungsmöglichkeiten.

Für unsere Untersuchung wählten wir den Jahrgang 1977 aus. Im Frühsommer 1981 betrachteten wir alle Patienten, die 1977 zur stationären Behandlung in der Psychosomatischen Abteilung des Esslinger Krankenhauses aufgenommen worden sind und bei denen wir in den Krankenblättern die Diagnose Depressives Syndrom fanden. Wir beschränkten uns auf diese eine Diagnosegruppe, um der Untersuchung eine einheitlichere Population zugrundelegen und zu differenzierteren Ergebnissen im Hinblick auf die Diagnose kommen zu können.

1. Theoretische Problematik

1.1 Diagnostische Probleme

1.1.1 Subjektivität der Diagnosestellung

Im psychiatrisch / psychosomatischen Bereich befinden wir uns vor dem Problem der Subjektivität der Diagnostik: Die Art der Diagnosestellung wird wesentlich mit bestimmt von der Persönlichkeit des Untersuchenden. Dadurch kommt eine große Unsicherheit in die Wertigkeit von Diagnosen und auch in die Vergleichbarkeit der Daten von psychiatrischen und psychosomatischen Patienten sowie deren Therapie und Therapieerfolge. Die Beobachtervariable ist auch in der Organmedizin wirksam, aber nicht in diesem Ausmaß, da dort physiologische bzw. pathologische Labordaten eine Diagnose stützen oder unwahrscheinlich werden lassen können. Zumindest in der Psychosomatik, aber auch in einem Teil der Psychiatrie fehlen uns bisher in der Routinepraxis diese "objektiven" Hilfsdaten. Welche Diagnose gestellt wird, ist in diesem Bereich daher weitgehend von den Fähigkeiten, dem Wissen und der Erfahrung des Untersuchers abhängig.

Ob aus diesem Dilemma "operationally defined diagnostic criteria with improved reliability and validity", wie sie jüngst in den USA zum Teil verwandt werden, weiterhelfen (was Weisman (1979, 1261) behauptet), kann erst die Zukunft zeigen.

Zu unseren Diagnosen des depressiven Syndroms ist zu sagen, daß sie alle unter Zustimmung des Chefarztes der Abteilung gestellt wurden, der die Patienten alle genau kannte und auf eine lange Erfahrung zurückblicken kann. Wir haben damit das Problem der Subjektivität in unseren Diagnosedaten zwar nicht ausgeschlossen, jedoch damit weitgehend das "Ein-Untersucher-Kriterium" erfüllt.

1.1.2 Nosologische Untergliederung des depressiven Syndroms

Ein weiteres Problem sehen wir in der diagnostischen Unterteilung des depressiven Syndroms. Die Diagnose Depressives Syndrom stützt sich weitgehend auf die Beurteilung der Symptomatik, ohne ein Urteil über Ätiologie und Therapierbarkeit abzugeben. Damit kann sich die Wissenschaft natürlich nicht begnügen, da sie über Prognose und Therapie etwas aussagen muß. Daher muß auch über die Ätiologie einer Erkrankung nachgedacht werden. Es gibt dazu wie bei vielen Krankheiten so auch beim depressiven Syndrom je nach Schule und Ausbildung die unterschiedlichsten Vorstellungen. Diese prägen dann auch meist die nosologische Unterteilung des depressiven Syndroms.

Mit Recht wendet von Zerssen ein: "Fragwürdig ist schon die Existenz von "Krankheitseinheiten"; denn eine Einheit von Symptomatik, Ansprechen auf eine bestimmte therapeutische Maßnahme, Verlauf und Ausgang der Krankheit, zugrundeliegendem Hirnbefund und Ätiologie ist ... im allgemeinen nicht gegeben; gleiche Syndrome können verschiedene Ursachen haben, gleiche Ursachen verschiedene Syndrome hervorrufen. Zudem bestehen zwischen den verschiedenen Formen und von ihnen zur Norm des Erlebens und Verhaltens ... alle Übergänge." (von Zerssen 1973). Die meisten Krankheitsbilder bewegen sich zwischen den wissenschaftlichen Diagnoseeinheiten, wie Heimann, Demel und Kielholz in Diskussionsbeiträgen (Kielholz 1973, 260) hervorheben. Ob die Trennung "endogen", "neurotisch" oder "reaktiv" im Hinblick auf die Diagnostik des depressiven Syndroms tatsächlich nur "aus rein didaktischen Gründen für die Studenten" geschah (so Kielholz ebd.), möchte ich in Frage stellen, denn nicht nur in Hörsälen, sondern auch in den meisten wissenschaftlichen Arbeiten und auch in der ICD wird diese Trennung vollzogen. Wissenschaftliche Arbeit und besonders die

Statistik benötigt u.E. eine diskursive nosologische Klassifikation, auch wenn sie dem einzelnen Menschen oft nicht gerecht wird. Dies trifft nicht nur für den psychiatrischen Bereich zu, sondern auch für die rein somatisch orientierte Medizin.

1.1.3 Unsere pathogenetische Vorstellung über das depressive Syndrom

Auch wir sind der Meinung, daß für die Krankheitsentstehung - vereinfacht gesehen - die "genetisch bedingte oder frühkindlich erworbene Systemschwäche ... als Disposition" (Heimann 1979, 296) wichtig ist. Ähnliches meint Tellenbach (1961) mit seinem "Endon" als dem "Ursprung der Abwandlungen", das vor der "Trennung in Soma und Psyche" liegt (a.a.O. 190). Die Äußerungsformen dieser Abwandlungen zeigen sich sowohl in psychischen und körperlichen Symptomen des Menschen als auch in Änderungen der physiologischen Stoffwechselprodukte des Körpers (Symptomatik und Laborwerte).

Je nach Disposition (oder Art des "Endon"), die sich im Laufe des Lebens sowohl durch Alterungs- und Reifungsprozesse wie durch lebensgeschichtliche Erfahrungen ändern kann, können mehr oder weniger bedeutsame Faktoren ein depressives Syndrom auslösen [1]. Unter Faktoren verstehen wir lebensgeschichtliche Erfahrungen, die keineswegs identisch sind mit den von manchen Forschern untersuchten "äußeren Ereignissen" [1]. Die Ereignisse können nur wirksam werden als Erfahrungen eines jeweils individuellen Menschen mit seiner individuellen Lebenserfahrung, für den bereits "objektiv geringe Anläße" eine schwerste Bedeutsamkeit haben können. [2]

---

1) Vgl. z.B. Angst (1966, 37ff), der zahlreiche Autoren nennt, die auslösende Faktoren untersucht haben und der auch selbst auslösende Faktoren untersuchte.

2) In Statistiken über auslösende Faktoren müssen diese "geringen Anlässe" in der Regel unberücksichtigt bleiben [1]. Es wird dann in einem solchen Fall meist von "nicht reaktiver" Depression gesprochen.

Daß auch bei endogenen Depressionen die erste Phase häufig durch eine kritische Lebenssituation ausgelöst wird, haben Angst (1966, 37ff) und Matussek (1965) (nach Rotach - Fuchs 1968, 128) nachgewiesen. Je nach Schweregrad des auslösenden Faktors und nach der jeweiligen Disposition können wir eine Depression mehr dem reaktiven oder mehr dem endogenen Pol zuschreiben (vgl. Heimann 1981, 2).

Diese Meinung einer sowohl psychogenen als auch somatogenen Pathogenese der Depression wird bei Kielholz auch aus seinem häufig veröffentlichten Kurvenbild (zuletzt Kielholz et al. 1981, 20) ersichtlich, wo auch der reaktiven Depression ein Anteil an somatogener Genese zugeschrieben wird. Auch die Therapierbarkeit der reaktiven Depression mit Antidepressiva könnte ein Hinweis darauf sein, daß sie eine auch körperliche Erkrankung darstellt. Die Beobachtung, daß eine schwere auslösende Situation einen entsprechend disponierten Menschen mit einer wenig neurotischen Persönlichkeitsstruktur in eine reaktive Depression hineinbringen kann, daß aber danach viele freudige Situationen ihn nicht einfach wieder herausholen können, deutet ebenfalls auf einen somatischen Aspekt der Erkrankung hin. Bemerkenswert erscheint mir in dieser Hinsicht auch, daß die larvierte Depression nach Walcher bei allen nosologischen Gruppen vorkommen kann (zitiert nach Kielholz et al. 1981, 18), wobei López Ibor - Aliño (1976, 67) bemerkt, daß sie vorwiegend bei "leichten und mittelschweren Formen der Depressionen" vorkommt. Auch daraus wird ersichtlich, daß selbst in einer rein reaktiven Depression der ganze Mensch und nicht nur seine "Psyche" erkrankt ist.

Wir meinen daher, daß die Depression zwischen den Diagnosekriterien "reaktiv" und "endogen" liegt und daher jede nosologische Trennung künstlich ist. Sie geht an der Individualität des Kranken und an seiner Krankheit meist vorbei.

In der Praxis der Esslinger Psychosomatischen Abteilung wird daher eine nosologische Trennung nur im Hinblick auf die praktische Notwendigkeit der Unterscheidung zwischen psychotischen Entwicklungen und psychosomatischen Erkrankungen vollzogen. Trotzdem haben wir uns in dieser Arbeit der zur Zeit in Deutschland und entsprechend der ICD offenbar in sehr vielen Ländern noch üblichen Unterteilung der Depressionen in "reaktive", "neurotische" und "endogene" angeschlossen. Trotz der oben genannten Einschränkungen werden auf diese Weise differenziertere Aussagen möglich, sowohl hinsichtlich des depressiven Syndroms selbst als auch im Vergleich zu anderen Untersuchungen. Wir untergliederten allerdings die neurotischen Depressionen entsprechend dem klinischen und pathogenetischen Bild der Erkrankung in neurotische Depressionen und schwere neurotische Depressionen. Die Diagnose Schwere neurotische Depression ordneten wir denjenigen Patienten zu, bei denen eine sehr schwere neurotische Entwicklung mit Borderline - Symptomen kombiniert vorlag. Klinisch waren bei diesen Patienten im Gegensatz zu den Patienten mit der Diagnose Neurotische Depression "Dissoziationen des Selbst" (Kernberg 1981, 502), eine fehlende "dauerhafte Selbstidentität und Kontinuität der Persönlichkeit" (Bräutigam 1968, 190) auffällig. Pathogenetisch lagen bei diesen Patienten schwerere und tiefergreifende (aus psychoanalytischer Sicht frühere) Störungen als bei neurotisch Depressiven vor, mit einer "defekten Entwicklung von Ichfunktionen" (Kernberg 1981, 497).

Die Zuordnung der nosologischen Diagnosen nahmen wir anhand der Krankenblattunterlagen sowie einer Beurteilung durch den Chefarzt der Abteilung (Dr. Bepperling) vor, der bei allen Patienten bei der stationären Aufnahme 1977 und der Entlassung die Diagnose mit gestellt hatte. Dadurch erhalten unsere Daten eine Einheitlich-

keit in der Diagnostik ("ein Untersucher"). Eine gewisse Fehlermöglichkeit bei der Untergliederung des depressiven Syndroms sehen wir darin, daß diese retrospektiv vorgenommen wurde.

1.2 Probleme der Effizienzprüfung

1.2.1 Theoretische Vorbemerkungen

Die Psychotherapie mußte lange Zeit - wohl auch wegen der Aufwendigkeit mancher Verfahren - erst ihre Existenzberechtigung unter Beweis stellen. Dies haben manche Autoren auch versucht. Die Beantwortung der Frage nach der Effizienz der Behandlung ist im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik jedoch besonders schwierig, da hier zur Erfolgskontrolle wie auch zur Diagnostik keine "objektiven" (z.B. klinisch-chemische oder histologische) Daten als direkte Kontrollparameter zur Verfügung stehen. Es gibt auch keine eindeutigen objektivierenden Möglichkeiten, um das Ergehen vor und nach der Behandlung vergleichen zu können. Ein exakter naturwissenschaftlicher Beweis eines Behandlungserfolgs wird daher wohl nie möglich sein.

Die Forderung nach einem naturwissenschaftlichen Beweis der Wirksamkeit der Psychotherapie widerspricht aber auch ihrem eigenen Wesen und dem Wesen des Behandlungs"objekts": Behandelt wird der Mensch - vorwiegend unter dem Aspekt von Geist und Seele (= naturwissenschaftlich nicht erfassbar) gesehen. Die Psychotherapie als geistig / seelische Behandlungsmethode ist ebenfalls mit naturwissenschaftlichen Methoden nicht erfassbar. Da wir aber keine naturwissenschaftlichen Meßdaten zur direkten Erfassung von Behandlung und Behandlungs"objekt" zur Verfügung haben, ist auch ein naturwissenschaftlicher Beweis des Behandlungserfolgs nicht möglich.

Im geistig / seelischen Bereich spielen außerdem so viele unkalkulierbare Fremdeinflüsse mit eine Rolle, daß eine exakte Antwort auf die Frage nach Ursache und Wirkung nicht möglich ist. Wir können daher auf die Frage nach der Effizienz der Psychotherapie nur Antworten mit der Wertigkeit von Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit erwarten.

1.2.2 Offensichtliche Effizienz

Betrachten wir die Wirksamkeit der Psychotherapie allein von der subjektiven Seite des Patienten aus, so wird uns wohl fast jeder Patient bestätigen, daß ihm die Psychotherapie - gleich welchen Verfahrens - geholfen hat. Für ihn ist die Wirksamkeit der Psychotherapie offensichtlich.

Er fühlt sich nach einem offenen Gespräch, in dem er seine Not klagen durfte, in dem er sich als Mensch akzeptiert und angenommen fühlen konnte, erleichtert, vielleicht sogar wieder ohne Beschwerden. Ob dies nun reine Symptomtherapie oder eine Kausaltherapie ist, sei dahingestellt.

Die Symptomtherapie im Bereich der Psychotherapie abschätzig bewerten zu wollen, wie es oft geschieht, halten wir jedoch für ungerecht, der Methode und dem Patienten gegenüber. Dieser ist darauf bedacht, daß es ihm gut geht. Was für ihn zählt, ist die Besserung seines Befindens, gleichgültig, ob dies durch Symptom- oder Kausaltherapie erreicht wird. Die psychotherapeutische Behandlungsmethode allein mit der Antibiotikatherapie vergleichen zu wollen und nicht auch mit der Behandlung mit Analgetika, Rheumatika oder mit einer Substitutionstherapie - die kaum ein Mediziner in Frage stellen oder angreifen wird, nur weil sie keine Kausaltherapie darstellt -, halten wir für ungerecht.

Wir möchten daher vor allen kritischen Bemerkungen zur Psychotherapie festhalten, daß sie als menschliche

und menschengemäße Therapie auf der subjektiven Ebene des Patienten offensichtlich wirksam und daher sinnvoll ist. Es ist Aufgabe der Medizin und besonders der psychosomatischen Medizin diesen subjektiven Wert des Befindens des Patienten wieder stärker zu betonen und nicht allein auf Labordaten und indirekte Erfolgsparameter (z.B. Tablettenverbrauch, Arbeitsunfähigkeit etc.) zu starren. Auf das subjektive Befinden - nicht auf den objektiven Befund - kommt es dem Patienten im wesentlichen an. Dieses menschliche Gefühl sollte in der Medizin auch berücksichtigt und ihm mit einer adäquaten Behandlungsmethode (der Psychotherapie) entsprochen werden. Psychotherapie ist daher als menschliche Hilfe (Symptomtherapie) für den leidenden Patienten subjektiv sehr wichtig, hilfreich und besonders im Gegenzug zur Technisierung sinnvoll.

1.2.3 Problematik der Langzeit - Effizienzforschung

Auch für den Psychotherapeuten, der den Patienten vor, während und am Schluß einer Behandlung sieht und dabei die meist große Veränderung des Patienten wahrnimmt, ist es offensichtlich, daß Psychotherapie wirksam ist. Entsprechend fand Cremerius (1962, 34) als "internationale Erfolgsquote" der Psychotherapie - gleich welcher Art! - eine "Heilung" und "Besserung" bei etwa 2/3 aller Patienten.

Ganz anders sieht der Erfolg jedoch aus, wenn wir die Patienten einige Jahre nach der Behandlung betrachten und damit nach der Kausaltherapie fragen. Cremerius (1962, 87) stellte hier fast eine Umkehrung der Zahlen fest: direkt nach der Behandlung fand er 73% "geheilte" Patienten; 10 Jahre später waren 75% ungebessert! In der Langzeitbetrachtung fand er auch signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungsarten, wobei die analytische Psychotherapie eindeutig am besten abgeschnitten hatte.

1.2.3.1 Therapieerfolg versus Spontanverlauf

Betrachten wir den Langzeitverlauf, so stellt sich uns hier besonders die Frage, worauf die Veränderungen des Befindens zurückzuführen sind. Sie können von der Behandlung, von anderen äußeren guten oder schlechten Einflüssen oder auch von der "Eigengesetzlichkeit", bzw. dem Spontanverlauf der Erkrankung oder von allen genannten Faktoren abhängen.

Besonders die depressiven Erkrankungen können sehr unterschiedlich verlaufen. Wir finden rezidivierende (phasische) oder chronische (evtl. progrediente) Verläufe oder einmalige kurze Krankheitsphasen mit anschließender andauernder Gesundheit.

Entsprechend fand Ernst (1959, 63) bei 17 von 20 ambulant untersuchten Patienten jeweils nur eine kurze depressive Phase in ihrem Leben, nach der es den Patienten immer gut ging. Man könnte von einer hohen Selbstheilungsrate sprechen. Auf die häufig zitierte Arbeit von Eysenck (1953), der auch von einer sehr hohen Selbstheilungsquote sprach, möchten wir hier nicht mehr eingehen, nachdem Dührssen et al. (1962 b) die Unrichtigkeit der von ihm angeführten Zahlen dargelegt hat. Weisker et al. (1968, 355) fanden dagegen bei den neurotisch depressiven Patienten ohne Behandlung einen wesentlich schlechteren Verlauf - auch im Vergleich zu allen psychosomatischen Patienten. Sie fanden nur bei 11 % der Depressiven eine Besserung der Symptomatik - gegenüber 34 % bei allen psychosomatischen Patienten. Dies zeigt eine geringe Selbstheilungsquote bei den von Weisker et al. untersuchten Patienten.

Auch bei den behandelten Patienten finden wir so große Unterschiede im Verlauf, daß wir dies im wesentlichen nur durch einen unterschiedlichen Spontanverlauf der verschiedenen Erkrankungen erklären können. So fanden wir bei den von uns untersuchten Patienten mit reaktiver Depression nur gute Verläufe, im Gegensatz zur

neurotischen Depression. Hastings (1958) gibt bei seinen hospitalisierten Patienten mit reaktiver Depression ebenfalls einen sehr günstigen Verlauf an. Ernst et al. (1965, 400) berichten von stationär behandelten Depressiven mit einem meist rezidivierenden Verlauf. Sie sprechen von "chronisch depressiven Entwicklungen" mit der Tendenz zum "Endogenerwerden der Phasen". Ebenso berichtet Rotach-Fuchs (1968, 126ff) von vielen Rezidiven bei depressiven Patienten. Sie fand 13 von 27 Patienten geheilt, 8 gebessert und 6 unverändert oder verschlechtert (a.a.O. 132). Auch Ziegler et al. (1943) zeigen einen negativen Krankheitsverlauf bei Depressiven auf. Bei ihnen finden wir jedoch neben phasischen (rezidivierenden) auch viele chronische, über die ganze Beobachtungszeit von 14 Jahren andauernde Verläufe.

Aus den Ergebnissen in der Literatur wird deutlich, daß der Krankheitsverlauf bei den Depressiven sehr unterschiedlich ist, was wir mit einem unterschiedlichen Spontanverlauf, auch mit einer verschiedenen "Selbstheilungsquote" bei unterschiedlichen Erkrankungen erklären möchten. (Eine Übersicht über Faktoren der "Spontanheilung" bietet Langen (1965).) Deutlich wurde aber auch - aus der Arbeit von Weisker et al. (1968) - der relativ schlechte Spontanverlauf der Depression gegenüber den anderen psychosomatischen Erkrankungen.

Durch die unterschiedlichen Krankheitsverläufe läßt sich nur schwer bestimmen, welcher Erfolgsanteil auf die Behandlung zurückzuführen ist. Je nach äußeren Einflüssen kann das weitere Ergehen günstig oder schlecht beeinflußt werden und so auch einen fehlenden oder guten Therapieerfolg vortäuschen.

Wir wären daher eigentlich zur Erfolgskontrolle auf vergleichende Studien von behandelten und unbehandelten Patienten angewiesen. Es besteht dabei jedoch die Schwierigkeit, vergleichbare Patienten zu erhalten. Da es bis heute keine eindeutigen Diagnosekriterien gibt, die uns

ermöglichen, vergleichbare Patienten mit zu erwartenden gleichen Krankheitsspontanverläufen auszuwählen, bleibt ein Vergleich von Verläufen und Therapieerfolgen bei verschiedenen Patientenpopulationen "fast ein hoffnungsloses Unterfangen" (Dührssen et al. 1965, 166). Langen et al. (1954) führen ihn dennoch durch und geben einen Überblick über verschiedene Untersuchungen. Wir möchten in dieser Arbeit jedoch weitgehend auf einen solchen Vergleich verzichten.

Zur Erfolgskontrolle bleibt uns noch die Möglichkeit des intraindividuellen Vergleichs. Sofern wir große Unterschiede im Befinden vor und nach der Behandlung finden, ist wahrscheinlich - nie jedoch sicher -, daß diese auf die Behandlung zurückzuführen sind.

1.2.3.2 Messung von Erfolg

Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Wahl der Meßmethode des Erfolgs oder des Befindens. Wie wir oben in unseren theoretischen Vorbemerkungen darlegten, haben wir im Bereich der Psychotherapie keine naturwissenschaftlichen Daten als direkte Kontrollmöglichkeiten zur Verfügung. Es bleiben nur die subjektiven Selbstbeurteilungen der Patienten, Fremdbeurteilungen, psychologische Tests für Patienten (Eigenbeurteilung) und auch für den Beobachter (Fremdbeurteilung) sowie indirekte Methoden (z.B. Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit, des Aufenthalts im Krankenhaus, physiologische Daten).

Für jede Methode gibt es ein Für und ein Wider:

Bei der Selbstbeurteilung spielen viele Faktoren in das Ergebnis hinein: das tatsächliche Befinden; Verdrängung von Negativem (oder Positivem); Erinnerungslücken; das Motiv, den Untersucher oder Therapeuten nicht enttäuschen zu wollen; nicht zuletzt das momentane Befinden, das "Gestimmtsein" zum Zeitpunkt der Selbstbeurteilung.

Bei der Fremdbeurteilung spielen die subjektiven Fak-

toren des Beobachters eine große Rolle, die u.E. trotz aller Bewußtmachung in das Ergebnis mit einfließen, einschließlich der "Unschärfe der Beobachtung". Heimann (1975, 262) hat auf diesen Beobachterparameter hingewiesen und seine möglichen Auswirkungen an einem Beispiel statistisch demonstriert. Bei der Effizienzforschung besteht meist die Tendenz, die Ergebnisse zu beschönigen. Als Beispiel möchten wir zwei Arbeiten von hervorragenden Forschern anführen, wo diese Tendenz offensichtlich wird:

Heigl - Evers (1969, 54) führt in einer Tabelle 82,1 % (♂) bzw. 74,3 % (♀) der Patienten auf unter der Rubrik:

"Vor der Klinikaufnahme noch arbeitsfähig bei drohender Arbeitsunfähigkeit" (was nahelegt, daß alle die hier aufgeführten Patienten ohne Behandlung arbeitsunfähig geworden wären, was sicher für einen Teil dieser Patienten, nicht aber für alle gilt). Als "Auswirkung der Behandlung auf die Arbeitsfähigkeit" führt sie dann (a.a.O. 55) 62,88 % (♂) bzw. 54,67 % (♀) der Patienten (also weniger als vorher!) unter "Auch passager nicht mehr arbeitsunfähig" an (welche doppelte Verneinung die erste Suggestion fortführt und jede Arbeitsfähigkeit der Patienten als Folge der Behandlung hinstellt). Sie problematisiert nicht, daß der Anteil der arbeitsfähigen Patienten nach der Behandlung geringer ist als vorher; als eindeutig positives Ergebnis zeigt sich in ihrer Untersuchung lediglich eine Verringerung des prozentualen Anteils der Männer mit einer länger als ein halbes Jahr dauernder Arbeitsunfähigkeit von 10,04 % vor auf 6,55 % nach der Behandlung.

Dührssen (1962 a) täuscht psychologisch ein besseres Ergebnis vor, indem sie aus ihrer Untersuchung zu Anfang 200 Patienten (20 %) ausscheidet; die die Behandlung vorzeitig abgebrochen oder ergebnislos abgeschlossen hatten und bei denen "keinerlei positive Entwicklung in ihrem Gesundheitszustand" zu erkennen war (a.a.O. 102). Bei den Ergebnissen der Untersuchung gibt die

Autorin dann nur 13% Rückfälle an; die ausgeschiedenen Patienten läßt sie unberücksichtigt. Wie Dührssen an anderer Stelle (1962 b, 334) erwähnt, hält sie diese Methode für wissenschaftlich korrekt für die Beurteilung von Behandlungsergebnissen.
Wenn es um die Beurteilung und den Vergleich von Behandlungsmethoden geht, mag die Autorin recht haben; aber nicht, wenn es um den Verlauf von Erkrankungen geht. Die Frage ist, ob man einen fehlenden Behandlungserfolg (auch bei Behandlungsabbruch) der Methode anlasten soll oder einer falschen Indikationsstellung oder keinem von beiden. Wir sind allerdings der Meinung, daß eine falsche Indikationsstellung der gesamten psychotherapeutischen Arbeit angelastet werden muß, und daß bei katamnestischen Untersuchungen diese Patienten bei der Beurteilung des Therapieerfolgs nicht ausgeschieden werden dürfen.

Psychologische Tests eignen sich zur Messung des Erfolgs, sofern sie eine hohe Validität und Realibilität haben. Hierin besteht jedoch das Hauptproblem: Denn eine absolute Validität gibt es nicht, und jede Abweichung der Messung von dem, was wirklich gemessen wird (Fehler) pflanzt sich bei den Untersuchungen fort und kann das Ergebnis verfälschen. Außerdem wird bei den bisher gängigen Rating-Skalen eine Validität vorgetäuscht, die sie nicht haben (Benkert 1981, 798; vgl. dazu auch Heimann 1975). Dennoch eignen sich Tests heute wohl am besten für eine genaue Erfolgskontrolle. Erforderlich dazu ist jedoch eine prospektive Studie, in der zuvor genau festgelegt ist, was gemessen werden soll und in der die Tests unter gleichen Bedingungen vor und nach der Behandlung sowie einige Jahre danach durchgeführt werden. Nachteil der Tests ist, daß sie in der Regel nur das Befinden zum Zeitpunkt der jeweiligen Untersuchung messen und nicht auch die Zeit dazwischen berücksichtigen, wodurch wohl meist ein besseres Resultat zu finden sein dürfte. Bei der Aufnahme der Behandlung befindet sich der Patient in

einer negativen Phase (negative Zeitwahl). Bei der Nachuntersuchung liegt eine neutrale Zeitwahl vor. Folglich wird ein Vergleich des Befindens zu diesen beiden Zeitpunkten immer ein positives Resultat zeigen - unabhängig vom Therapieerfolg.

Indirekte Methoden eignen sich insofern auch gut zur Messung des Erfolgs, als sie objektive Daten liefern können. Allerdings müßte die Datengewinnung Fehlermöglichkeiten ausschließen. Dies war z.B. bei Dührssen et al. (1965) möglich, die über die Karteien der Krankenkasse einen genauen Überblick über die Krankenhausaufenthalte der Patienten erhalten konnten. Die Frage ist nur, ob das Gemessene (z.B. Krankenhausaufenthalt) ein brauchbares Kriterium für den Therapieerfolg ist. Damit kommen wir zu unserem nächsten Problem, den Erfolgskriterien.

1.2.3.3 Erfolgskriterien

Für die Frage nach den Kriterien ist von zentraler Bedeutung, welche Ziele durch eine Therapie erreicht werden sollen. In psychoanalytischen Studien wird häufig das Kriterium der Einstellungsänderung oder der Umstrukturierung angeführt. Entsprechend beschreibt z.B. Bräutigam (1980, 103) das Therapieziel folgendermaßen: "Therapieziel ist es, durch eine Nachentwicklung der Persönlichkeit ein neues, erwachsenes, autonomes Gleichgewicht zu schaffen, in der seelische und körperliche Symptome im Rahmen eines neuen Selbstverhältnisses überwunden werden. Im Rahmen eines Entwicklungsprozesses der Persönlichkeit sollen die als neurotische oder psychosomatische Symptomatik erscheinenden Störungen des Erlebens aufgelöst oder, wenn dies nicht gelingt, jedenfalls im Rahmen eines neuen Selbstverhältnisses in einem anderen Licht erscheinen." Sicher sind umfangreiche Untersuchungen nach psychoanalytischen Kriterien geeignet zum Vergleich von Behandlungsverfahren, zur Erforschung von

Behandlungs-, Patienten- und Therapeutenvariablen. In praktischer Hinsicht meinen wir jedoch, daß nicht das Ziel eines theoretischen Konzeptes (in diesem Fall der Psychoanalyse), das eigentlich der Weg zur Heilung sein sollte, das eigentliche Ziel einer Behandlung sein kann, sondern allein die Besserung der Symptomatik. Das letztlich intendierte Ziel müßte sein die Beseitigung von Schmerzen, von Unfreiheit im Umgang mit Menschen, Dingen - der Umwelt. Dementsprechend könnten wir als Erfolgskriterien formulieren: Schmerzfreiheit, Wohlbefinden, freier Umgang mit den Mitmenschen im privaten und öffentlichen Bereich, Fehlen von Krankheit, Arbeitsunfähigkeit usw. .

Entscheidend für das Untersuchungsergebnis ist auch, ob wir allein die Zeit nach der Behandlung betrachten (einfache Betrachtungsweise) oder das Ergebnis im Vergleich zum Zustand vor der Behandlung sehen (relative Betrachtungsweise). Entsprechend erhalten wir, besonders hinsichtlich der Differenzierung Spontanverlauf - Therapieerfolg, unterschiedliche Ergebnisse.

Von der Betrachtungsweise und der Wahl der Erfolgskriterien hängt es ab, ob uns der Zustand eines Patienten, der Erfolg einer Behandlung gut oder weniger gut erscheint. Beispiele dafür, wie sich der "Erfolg" je nach Kriterien und Betrachtungsweise ändert, geben wir unten (B 3.4) mit Hilfe unserer Daten.

Aus dem Gesagten läßt sich entnehmen, daß die Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen auch abhängt von den Erfolgskriterien. Diese sind bis heute nicht einheitlich festgelegt; ein Vergleich der verschiedenen Ergebnisse ist daher auch wegen der unterschiedlichen Erfolgskriterien bisher nicht möglich.

2. Unser Vorgehen

Obwohl in der stationären Behandlung der Psychosomatischen Abteilung in Esslingen das indirekte Ziel auch darin liegt, daß der Patient gestärkt wird, zu einem aus-

geglichenen Selbst- und Fremdverhältnis kommt und einen "Strukturwandel" - soweit dieser erreichbar ist - vollzieht, möchten wir in dieser Arbeit nur nach den in der Allgemeinmedizin üblichen und nach den für die Allgemeinheit (hinsichtlich der Kosten) wichtigen Kriterien fragen. Psychoanalytische Fragestellungen lassen wir dabei unberücksichtigt. Wir beschränken uns im wesentlichen auf die Kriterien der Symptombesserung, des globalen Befindens des Patienten und des wirtschaftlichen Erfolgs, d.h. hauptsächlich der Arbeits(un)fähigkeit.

2.1 Voraussetzungen

Vom zeitlichen und personellen Aufwand war es uns in einem Allgemeinkrankenhaus, das entsprechend seinen Anforderungen vorwiegend auf die Praxis und weniger auf wissenschaftliche Forschung hin orientiert ist, nicht möglich, eine prospektive Studie zu starten, die genaueres und umfassenderes Datenmaterial hätte erbringen können. Wir waren daher in unserer katamnestischen Untersuchung auf die vorliegenden Daten und die retrospektive Befragung der Patienten angewiesen.

Der Einsatz testpsychologischer Fragebogen wäre sinnvoll gewesen, wenn diese vor und nach der Behandlung von allen Patienten ausgefüllt worden wären, was bei den von uns untersuchten Patienten leider nicht der Fall war. Die Fragebogen hätten natürlich auf unsere praktische Fragestellung eine Antwort geben müssen, was kaum bei einem Fragebogen der Fall gewesen wäre. Leider waren uns auch keine allgemein anerkannten Katamnese - Fragebogen bekannt, die für unsere Fragestellung sinnvoll gewesen wären, wodurch wir Vergleichsmöglichkeiten gehabt hätten.

2.2 Unser Fragebogen

Wir erstellten daher selbst einen Fragebogen, den wir im wesentlichen nach dem Antwort - Auswahlprinzip aufbauten, um eine objektive Auswertung (Hartig 1975, 84) ge-

Fragebogen zur Behandlung und zum Erfolg Ihrer stationären Therapie von 1977

1. Wie beurteilen Sie Ihr heutiges Ergehen im Vergleich zu dem Ergehen vor der stationären Behandlung 1977 ?

gut	☐ (ich kann arbeiten und mich in meinem Leben freuen)
besser	☐ (mit Beschwerden, aber arbeitsfähig)
unverändert	☐ (Beschwerden ähnlich wie damals)
schlechter	☐ (Beschwerden schlimmer als damals)

2. Wie ist es Ihnen unmittelbar nach der stationären Behandlung gegangen ?

gut	☐
besser als vor Behandlung	☐
unverändert	☐
schlechter	☐

3. Wie ist es Ihnen in der Zwischenzeit gegangen ?

gut	☐ (arbeitsfähig, ohne große körperliche oder seelische Beeinträchtigung)
mäßig	☐ (leichte Beschwerden, nicht mehr gut arbeitsfähig)
schlecht	☐ (arbeitsunfähig, ich habe sehr gelitten unter meinen Beschwerden)

4. Erhielten Sie im Anschluß an Ihre stationäre Therapie (1977) eine ambulante Nachbehandlung von Ihrem Therapeuten ?

nein ☐ ja ☐ bis ...

5. Besuchten Sie seither einen Nervenarzt ?

nein ☐ ja ☐ von .... 19.. bis .... 19..

6. Wurden Sie wegen Ihrer damaligen (oder ähnlichen) Beschwerden nochmals stationär behandelt ?

nein ☐ ja ☐ .... 19.. Dauer ..... wo? ...
.... 19..

7. Wie lange waren Sie nach der stationären Behandlung (1977) bis heute insgesamt wegen der damaligen (oder ähnlichen) Beschwerden arbeitsunfähig ?

   .... Tage, ... Wochen, ... Monate

8. Wie lange waren Sie vor der stationären Behandlung (1977) wegen Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig, wegen denen Sie hier (auf Station 18) waren ?

   .... Tage, ... Wochen, ... Monate

9. Waren Sie vor der stationären Behandlung (1977) wegen der Beschwerden

   in ärztlicher Behandlung? nein ☐ ja ☐ seit .... 19.
   in stationärer Behandlung? nein ☐ ja ☐.... 19..
   .... 19.., insgesamt ....m

10. Erhielten Sie Medikamente gegen Depressionen ?

    nein ☐ ja ☐ vor ☐
    während ☐
    nach ☐ der stat. Behandlung (1977)

    Welche ? (bitte, wenn möglich, Namen, Dosis (wie viele Tabletten täglich) und Zeitraum, in dem Sie das Medikament jeweils eingenommen haben, angeben!)

11. Wann traten die Beschwerden (oder ähnliche), wegen denen Sie 1977 auf der psychosomatischen Station behandelt wurden, zum ersten Mal auf ? Wie lange, wie oft, wie sehr haben Sie darunter gelitten ?

währleisten zu können. Wir wollten keinen zu differenzierten Fragebogen entwickeln mit Fragen, die die soziale und psychoanalytische Entwicklung des Patienten betroffen hätten, was von wissenschaftlichem Interesse gewesen wäre. Es war vielmehr unsere Absicht, das uns für die Praxis wesentlich erscheinende Ergehen der Patienten sowohl in persönlicher wie in sozialwirtschaftlicher Hinsicht zu erfragen. Wir waren darauf bedacht, keinen zu langen Fragebogen zu entwerfen, um nicht einige Patienten allein wegen dieses Gesichtspunktes aus unserer Untersuchung zu verlieren.

Die Antworten zeigen ein grobes, aber, wie wir zeigen werden, recht verlässliches Bild über den Werdegang der Patienten.

Ein wesentlicher Unsicherheitsfaktor der Antworten liegt in der Erinnerungsfähigkeit der Patienten. Wir versuchten die Daten, soweit wir das konnten, (z.B. hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit) anhand der Krankenblattunterlagen zu überprüfen und, soweit erforderlich, zu korrigieren.

2.3 Durchführung

2.3.1 Anschreiben der Patienten

Wir schrieben alle Patienten mit der Diagnose Depressives Syndrom, die 1977 in Esslingen zur stationären Behandlung in der Psychosomatischen Abteilung aufgenommen worden waren, bis zu dreimal an. Bei acht verzogenen Patienten konnten wir durch die freundliche Auskunftsbereitschaft der Esslinger Stadtverwaltung die neuen Adressen erfahren.

Im ersten Schreiben wandten wir uns an die Patienten mit der Bitte, sich wegen einer persönlichen Nachuntersuchung zu melden. Dazu waren von 61 Patienten 25 (41 %) bereit. Im zweiten und dritten Schreiben legten wir unseren Fragebogen bei mit der Bitte, ihn ausgefüllt zurückzuschicken. Dem kamen weitere 16 Patienten nach.

Postalisch blieben letztlich 4 Patienten unerreichbar.

Es haben 71,93% der erreichten Patienten geantwortet.

An unserer katamnestischen Untersuchung nahmen 41 (67,2%) der 61 Patienten mit depressivem Syndrom teil.

2.3.2 Persönliche Nachuntersuchung

Alle 25 Patienten, die bereit waren, sich persönlich nachuntersuchen zu lassen, wurden vom Autor selbst befragt. Vor jedem Gespräch wurden sie gebeten - in Abwesenheit des Untersuchers - unseren Fragebogen zu beantworten. Wir wollten damit im Vergleich zu den nur schriftlich erreichten Patienten möglichst gleiche Bedingungen für die Beantwortung unserer Fragen schaffen ("Durchführungsobjektivität" - Hartig 1975, 84).

Im Gespräch (Dauer durchschnittlich 1 1/2 Stunden) folgten wir anfangs weitgehend den Fragen unseres Erhebungsbogens. Auf diese Weise konnten wir die Qualität der Beantwortung der Fragen überprüfen und den eigenen Eindruck mit den Antworten vergleichen. Auch erhielten wir dadurch einen persönlichen Eindruck über den Zustand der Patienten drei bis vier Jahre nach stationärer Behandlung.

Wir begannen beim gegenwärtigen Befinden des Patienten, um einen Einstieg in ein positives Gespräch zu erleichtern. Eine wesentliche Zusatzfrage (über den Fragebogen hinaus) betraf die Therapie auf Station. Wir wollten wissen, was in den Augen der Patienten für sie besonders hilfreich war; wie es mit den Beschwerden weiterging (während der Therapie: Verstärkung oder / und Abschwächung); wie sie aus der Depression herauskamen. Wir fragten auch danach, was sie als störend empfunden hatten und was sie hätten anders haben wollen.

2.3.3 Reaktionen der Patienten auf unsere Untersuchung

Die ehemaligen Patienten reagierten sehr unterschiedlich auf unsere Nachuntersuchung. Erstaunt war ich über

die Offenheit, mit der mir die persönlich untersuchten Patienten entgegenkamen und berichteten. Viele waren erfreut, daß sie von der Abteilung nicht vergessen waren. Etwa die Hälfte der persönlich Nachuntersuchten empfand das Nachgespräch sehr wohltuend und hilfreich. Einige der Patienten kamen, wie sie sagten, trotz der großen Entfernung und Mühe aus Dankbarkeit der Abteilung gegenüber, um zu zeigen, wie gut es ihnen seither im Vergleich zu früher gehe. Ein Teil kam auch aus Pflichtgefühl. Manchen (wenigen) Patienten bereitete es Schwierigkeiten, über die Zeit "damals" - als es ihnen so schlecht ging - nachzudenken und zu erzählen. Sie wollten es lieber in Vergessenheit belassen. Welche Motive hinter dem Nichtantworten (was ja auch eine Reaktion, wenn auch eine negative ist) **stehen, können** wir natürlich nicht wissen. Bei manchen dürfte wohl das Vergessenwollen des einmal Gewesenen eine Rolle spielen. Daß ein psychosomatisch behandelter Patient sich als solcher in der Bevölkerung nicht akzeptiert fühlt und ein ähnliches Ansehen wie ein Psychiatriepatient zu haben meint (was ich auch in manchen Gesprächen erfuhr), möchten wir aus der Reaktion eines Patienten entnehmen, der sich (wohl anstatt einer Antwort) an das Bundesamt für Datenschutz wandte.

2.3.4 Beobachtungen des Untersuchers

Die Tendenz des Verdrängens fand ich auch bei wenigen Patienten, die sich hinsichtlich sozialer Aktionen sehr lobten und so sehr betonten, wie gut es ihnen gehe, wobei mein persönlicher Eindruck nicht so eindeutig positiv war. Die Selbstbeurteilung dieser Patienten fiel natürlich positiv aus - was der sozialen, persönlichen und gesellschaftlichen (sozialwirtschaftlichen) Lage, nicht jedoch einem analytischen Urteil entsprechen dürfte. Auf die analytische Beurteilung kam es uns hier aber auch nicht an. Bei den meisten Patienten fand ich jedoch die Selbsteinschätzung weitgehend übereinstimmend mit meinem eigenen Eindruck. Vor allem wurde mir deutlich, wie

wichtig es ist, das Befinden eines Menschen auf dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte zu sehen. Denn für einen ehemals schwer kranken Menschen bedeutet ein Zustand mit nur leichten Beschwerden einen großen Fortschritt, während ein bisher bzw. vor der Behandlung beschwerdefreier Mensch ein solches Ergehen als schlecht bezeichnen müßte.

Die Frage nach dem Nervenarztbesuch (Nr. 5 des Fragebogens erwies sich bei unseren Patienten als überflüssig, da sie meist verneint wurde oder von den wenigen, die sie positiv beantworteten falsch verstanden worden war. Bei der persönlichen Befragung stellte sich nämlich heraus, daß sich die positiven Antworten nur auf ambulante analytische Psychotherapien oder auf einmalige, der Aufnahme in psychiatrische Kliniken vorhergehende Nervenarztbesuche bezogen, nicht aber auf nur ambulante nervenärztliche Behandlungen, wonach wir eigentlich gefragt hatten.

Die Ergebnisse der persönlichen Nachuntersuchung verwerteten wir statistisch nicht. Bei alleiniger Betrachtung der persönlich nachuntersuchten Patienten hätten wir einen zu geringen Anteil (unter 50 %) der Patienten erreicht. Außerdem wollten wir den subjektiven Beurteilerfaktor, der das Ergebnis beschönigt hätte, vermeiden.

Die persönliche Befragung erwies sich als hilfreich für die Auswertung des Fragebogens. Sie brachte auch persönliche Bedürfnisse der Patienten, Lob und auch vereinzelt Kritik an der Behandlung zum Vorschein. Wir sahen, daß nach Meinung der Patienten in der Behandlung sehr Unterschiedliches für sie besonders wichtig war. Schwerpunkte lagen zwar bei der Einzel- und Gruppentherapie als wesentliche Hilfen. Meist wurden aber einzelne Situationen genannt, die für die Patienten bedeutsam wurden und blieben, die kaum mehr einen Schwerpunkt bei einer Therapieart deutlich werden ließen. Es zeigte sich die ganze organisierte Vielfalt der Behandlung als the-

rapeutisch wirksam - einschließlich z.B. der (einesteils negativ empfundenen) Unterbringung in einem Vierbettzimmer, was doch nach Auflehnung und Akzeptierung zur sozialen Integration und Anerkennung des anderen beitrug.

Der Untersucher entnahm daraus, daß wir zwar ein gutes therapeutisches Angebot aufstellen können, daß wir gute Voraussetzungen für eine Veränderung schaffen können, aber nie genau bestimmen und im voraus mit Sicherheit wissen können, ob etwas und was letztlich therapeutisch wirksam werden wird. Ebenso ist der weitere Verlauf einer Erkrankung nie mit Sicherheit vorhersehbar.

Über Veränderungswünsche und die Kritik der Patienten werden wir unten (B 5) bei der Auswertung der gesamten Untersuchung berichten.

3. Ergebnisse unserer katamnestischen Untersuchung

3.1 Untersuchung zur Wertigkeit der Angaben der Patienten

Bevor wir die einzelnen Ergebnisse unserer Untersuchung aufzeigen, wollen wir zunächst nach der Wertigkeit der Angaben der Patienten im Fragebogen fragen. Dabei werden wir als erstes der Frage nachgehen, ob Hausfrauen, Schüler und Studenten sich ebenso als arbeitsunfähig bezeichnen wie Patienten mit anderen Berufen. Falls nicht, müßten wir diese Gruppe unter diesem Kriterium (der Arbeitsunfähigkeit) unberücksichtigt lassen. Im Anschluß daran werden wir den Zusammenhang zwischen Arbeits(un)-fähigkeit und der Selbstbeurteilung des Ergehens untersuchen. Wir fragen dabei nach der Wertigkeit der Selbstbeurteilung. Die Einschätzung der wiederholten stationären Behandlung und die Repräsentativität unserer untersuchten Patienten für die Gesamtheit aller stationär behandelten Patienten mit gleicher Diagnose werden wir zum Schluß betrachten.

3.1.1 Arbeitsunfähigkeitsangaben der Hausfrauen

In unserer Auswertung und Erfolgsbeurteilung betrachten wir die Arbeitsfähigkeit als ein Erfolgskriterium für einen guten Verlauf. Wir müssen daher prüfen, ob wir bei der Beurteilung dieses Gesichtspunktes die Hausfrauen, Schüler und Studenten ausscheiden müssen oder ob wir auch für sie die Arbeitsfähigkeit als ein Erfolgskriterium verwenden können.

Bei der persönlichen Nachuntersuchung zeigte sich, daß die Hausfrauen mit der Frage nach der Arbeitsunfähigkeit zwar Schwierigkeiten hatten, die Frage aber dennoch meist sinngemäß richtig beantworteten.

Beantwortung: Arbeitsunfähigkeit / Beruf	ja	%	nein	%
Hausfrauen, Schüler, Studenten	7	58%	5	47%
andere	22	76%	7	24%

Tab. 3: Aufteilung der Patienten nach Berufsgruppen und nach der Beantwortung der Frage nach der Arbeitsunfähigkeit (unkorrigiert, vor und nach der Behandlung zusammen betrachtet)

$\chi^2 = 1{,}259$; FG = 1; $\alpha > 0{,}05$

Die Auswertung der Daten (vgl. Tab. 3) zeigte keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Beantwortung der Fragen nach der Arbeitsunfähigkeit zwischen Hausfrauen, Schülern und Studenten und den Patienten mit anderen Berufen. (Wir gehen bei der statistischen Auswertung davon aus, daß die Schwere der Erkrankung und damit die potentielle Arbeitsunfähigkeit bei allen Be-

rufsgruppen etwa gleich verteilt ist.) Unsere Daten stehen also statistisch der Aussage nicht entgegen, daß auch Hausfrauen, Schüler und Studenten die Fragen nach der Arbeitsunfähigkeit ebenso sinngemäß richtig beantwortet haben wie die Patienten mit anderen Berufen. Wir können daher die Arbeitsfähigkeit für alle Patienten als Erfolgskriterium aufnehmen. Dennoch möchten wir die aus den absoluten Zahlen, der prozentualen Verteilung und der persönlichen Nachuntersuchung sich ergebende Tendenz zur Verneinung der Frage nach der Arbeitsunfähigkeit bei dieser Patientengruppe für die weitere Untersuchung als Einflußgröße festhalten.

3.1.2 Wertigkeit der Selbstbeurteilung des Ergehens

Bei der persönlichen Nachuntersuchung fand der Untersucher eine weitgehende Übereinstimmung des persönlichen Eindrucks mit der Selbstbeurteilung der Patienten. Um zu sehen, welches Gewicht wir der (subjektiven) Selbstbeurteilung der Patienten beimessen können, fragen wir, inwieweit diese mit der Arbeitsunfähigkeit des jeweiligen Patienten ("objektives" Kriterium) übereinstimmt. Wir gehen dabei davon aus, daß in unserer Gesellschaft Arbeitsunfähigkeit von jedem Menschen als ein Negativum des Gesundheitszustandes angesehen wird.

Selbstbeurteilung des Ergehens / Arbeitsunfähigkeit		gut	mäßig	schlecht
ja	n = 25	4	16	5
nein	n = 16	9	6	1

Tab. 4: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale Arbeitsunfähigkeit und Selbstbeurteilung des Ergehens in der Zwischenzeit

$\chi^2 = 7{,}52$; FG = 2; $\alpha < 0{,}025$

Aus Tabelle 4 und unserer statistischen Berechnung wird ersichtlich, daß zwischen den arbeitsfähigen und den arbeitsunfähigen Patienten in der Beantwortung der Frage nach dem Ergehen ein signifikanter Unterschied besteht bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als 2,5%. Da also zwischen Selbstbeurteilung und Arbeits(un)fähigkeit ein deutlicher Zusammenhang besteht, können wir die Selbstbeurteilung als zuverlässigen Maßstab ansehen. Natürlich ist zu berücksichtigen, daß bei der Selbstbeurteilung immer die eigene Vergangenheit mit im Urteil berücksichtigt wird und daher nie mit einem objektiven Maßstab gleichgesetzt werden kann. Sie wird jedoch gerade wegen dieser Relativität dem einzelnen Patienten gerechter.

Wir möchten jedoch zu berücksichtigen geben, daß auch die Arbeitsunfähigkeit nicht als ein idealer, "objektiver" Meßfaktor für das Wohlbefinden angesehen werden kann. Dies geht aus den Äußerungen mancher Patienten hervor, die berichteten, daß sie sich jahrelang im Beruf herumquälten.

Eine Frau, die halbtags arbeitete, erzählte z.B., daß sie sich morgens immer mühsam zum Arbeitsplatz geschleppt habe. Die Arbeit sei dann sehr langsam vorangegangen. Zuhause habe sie sich immer sofort hingelegt und den ganzen Nachmittag und die Nacht zur Erholung benötigt, "um sich aufzufrischen", damit sie die Arbeit gerade noch schaffen konnte. Der Haushalt sei "total verschlampt"! Dies sei über Jahre gegangen.

Wir können daher die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nur begrenzt als Instrument zur Messung des Ergehens ansehen. Dazu bleibt die Selbstbeurteilung als zusätzlicher Bestimmungsparameter notwendig. Für die Frage nach der wirtschaftlichen Relevanz einer Erkrankung ist die Frage nach der Arbeitsunfähigkeit natürlich von großer Bedeutung, neben ärztlichen Behandlungen, Krankenhausaufenthalten und Kuren.

3.1.3 Bewertung wiederholter stationärer Behandlung

Obwohl in den Augen der Allgemeinheit ein Krankenhausaufenthalt (vor allem auch aus finanziellen Gründen) in bezug auf den Gesundheitszustand ähnlich wie die Arbeitsunfähigkeit als negatives Erfolgskriterium gesehen wird, fanden wir bei den von uns untersuchten Patienten häufig eine andere Einstellung. Schon bei der Auswertung der Fragebogen fiel auf, daß mindestens 8 von 11 Patienten die wiederholte stationäre Behandlung nicht bei ihrer Arbeitsunfähigkeitsangabe mit berücksichtigt hatten. (Für die statistischen Berechnungen korrigierten wir die Angaben über die Arbeitsunfähigkeit durch Addition der weiteren stationären Behandlungsdauer. Für die Untersuchung der Wertigkeit der Arbeitsunfähigkeitsangaben der Hausfrauen (B 3.1.1) ließen wir sie natürlich unkorrigiert.) Entsprechend fanden wir bei der statistischen Überprüfung keinen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit und ohne weitere stationäre Behandlung hinsichtlich der Beurteilung ihres Ergehens (vgl. Tab. 5) - ganz im Gegensatz zu den Patienten mit und ohne Arbeitsfähigkeit (vgl. B 3.1.2).

wiederholte stationäre Behandlung \ Selbstbeurteilung des Ergehens	gut	mäßig	schlecht
ja n = 12	1	8	3
nein n = 29	12	14	3

Tab. 5: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "wiederholte stationäre Behandlung" und "Selbstbeurteilung des Ergehens in der Zwischenzeit"

$\chi^2 = 4{,}7$; FG = 2; $\alpha > 0{,}05$

Wir möchten daher (auch entsprechend den Erfahrungen bei der persönlichen Nachuntersuchung) vermuten, daß die Patienten die stationäre Behandlung oft nicht als ein ähn-

liches Versagen wie die Arbeitsunfähigkeit erleben, sondern eher als weiteren notwendigen Schritt in ihrem Gesundungsprozeß. Den finanziellen, volkswirtschaftlichen Aspekt von Arbeitsunfähigkeit und von wiederholter stationärer Behandlung sehen die Patienten in der Regel nicht. Von Bedeutung dürfte jedoch das Fehlen der eigenen Leistung bei der Bewertung der Arbeitsunfähigkeit sein - nicht jedoch bei der Bewertung der stationären Behandlung, denn dabei können die Patienten selbst aktiv etwas für ihre Gesundung tun.

3.1.4 Repräsentanz der untersuchten Patienten

Wir konnten nur 67,2% der in die Untersuchung einbezogenen Patienten nachuntersuchen. Entsprechend stellt sich für uns die Frage, inwieweit das Ergebnis unserer Nachuntersuchung repräsentativ ist für alle 1977 stationär behandelten Patienten mit depressivem Syndrom, also auch für die 32,8% der Patienten, die wir nicht katamnestisch untersuchen konnten.

Zur Beantwortung dieser Frage verglichen wir den Therapieerfolg (auf dessen Definition wir unten (B 3.4.4) eingehen werden) bei den Patienten, die sofort auf unser Schreiben durch persönliches Erscheinen reagierten (P) mit dem Therapieerfolg bei den Patienten, die erst nach mehrmaligem Anschreiben brieflich antworteten (B) (vgl. Tabelle 6).

Statistisch zeigte sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des Therapieerfolgs.

An den Prozentzahlen läßt sich jedoch ablesen, daß wir es bei den persönlich erschienenen Patienten eher mit einer leicht negativen Auslese zu tun haben. Die Patienten, die erst nach wiederholter Aufforderung antworteten (B) zeigen nämlich einen etwas besseren Therapieerfolg als die Patienten mit sofortiger Antwort (P). Entsprechend möchten wir annehmen, daß die Patienten, die gar nicht reagiert haben (K) einen noch etwas bes-

Therapie / Antwort der Patienten	erfolgreich	bedingt erfolgreich	Erfolg nicht sichtbar
nach wiederholtem Anschreiben, brieflich (B)	11 69%	3 27%	2 18%
sofort, persönliches Erscheinen (P)	13 52%	6 24%	6 24%

Tab. 6: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Art der Antwort" und "Therapieerfolg"

$\chi^2 = 1{,}25$; FG = 2; $\alpha > 0{,}05$

seren Therapieerfolg gezeigt hätten als diejenigen mit brieflicher Antwort. Denn wir gehen von der Überlegung aus, daß die Patienten mit verzögerter Antwort (B) hinsichtlich des Therapieerfolgs in einem ähnlichen Verhältnis stehen dürften zu den Patienten mit sofortiger Antwort (P) wie die Patienten ohne Antwort (K) zu denen, die verzögert reagierten (B): (B/P = K/B).

Dührssen (1962, 105) hat bei einer mit großem Aufwand durchgeführten direkten Nachuntersuchung von Patienten, die bei einer Nachuntersuchung nicht geantwortet hatten, keine Änderung der Ergebnisse gegenüber den Patienten, die geantwortet hatten, festgestellt.

Auch in Anbetracht dieser Untersuchung können wir unsere Stichprobe der Patienten als repräsentativ ansehen und vermuten, daß das Therapieergebnis bei Untersuchung aller Patienten eher besser als schlechter ausgefallen wäre.

3.2 Die Patienten mit der Diagnose Depressives Syndrom

Wir legten der Untersuchung nur Patienten mit der Diagnose Depressives Syndrom und einer stationären Aufnahme 1977 in der Psychosomatischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten Esslingen zugrunde (n = 61). Im folgenden

stellen wir die Zusammensetzung der Patienten - aufgeteilt nach den nosologischen Diagnosegruppen - hinsichtlich Geschlecht, Familienstand, Alter, Konfession, Beruf, Krankheitsdauer und Arbeitsunfähigkeit vor (vgl. Tabellen 7 bis 12).

3.2.1 Geschlecht, Familienstand, Alter, Konfession und Beruf

Geschlecht / Diagnose		männlich		weiblich	
reakt. Depr.	n = 7	2	29 %	5	71 %
neurot. Depr.	n = 35	12	34 %	23	66 %
schw. n. Depr.	n = 17	6	35 %	11	65 %
endog. Depr.	n = 2	2	100 %	-	--
gesamt	n = 61	22	36 %	39	64 %

Tab. 7: Aufteilung der Patienten nach Diagnose und Geschlecht

Dem bloßen Augenschein nach (besonders entsprechend den Prozentzahlen) zeigt sich kein Unterschied in der Geschlechtsverteilung zwischen den Diagnosegruppen. Unter den depressiven Patienten insgesamt überwiegen jedoch mit 64% die Frauen.

Diagnose \ Familienstand		ledig		verheiratet		geschieden	
reakt. Depr.	n = 7	3	43 %	4	57 %	-	-
neurot. Depr.	n = 35	7	20 %	26	74 %	2	6 %
schw. n. Depr.	n = 17	5	29 %	11	65 %	1	6 %
endog. Depr.	n = 2	-	-	2	100 %	-	-
gesamt	n = 61	15	25 %	43	70 %	3	5 %

Tab. 8: Aufteilung der Patienten nach Diagnose und Familienstand

Das Alter der Patienten betrug bei der Diagnose

Reaktive Depression	20 - 60	$\bar{x}$ = 34 Jahre
Neurotische Depression	19 - 59	$\bar{x}$ = 35,5 Jahre
Schwere neur. Depression	24 - 57	$\bar{x}$ = 40,5 Jahre
Endogene Depression	38 - 47	$\bar{x}$ = 42,5 Jahre
Depressives Syndrom (gesamt)	19 - 60	$\bar{x}$ = 37 Jahre

Aus dem Durchschnittsalter wird ersichtlich, daß in unserem Kollektiv die Patienten mit schwerer neurotischer Depression im Durchschnitt älter waren als die Patienten mit reaktiver und neurotischer Depression.

Diagnose \ Alter	bis 25 Jahre		26 - 39 Jahre		40 - 53 Jahre		über 53 Jahre	
reakt. Depr. n = 7	3	43 %	2	29 %	1	14 %	1	14 %
neurot. Depr. n = 35	7	20 %	15	43 %	11	31 %	2	6 %
schw. n. Depr. n = 17	2	12 %	8	47 %	5	29 %	2	12 %
endog. Depr. n = 2	-	-	1	50 %	1	50 %	-	-
gesamt n = 61	12	20 %	27	44 %	18	28 %	5	8 %

Tab. 9: Aufteilung der Patienten nach Diagnose und den klassierten Daten für das Merkmal "Alter"

Aus der relativen Häufigkeit innerhalb der Diagnosegruppen sehen wir, daß die überwiegende Mehrheit (über

70 %) der Patienten zwischen 26 und 53 Jahre alt ist. Besonders auffällig ist auch, daß fast die Hälfte (43 %) der Patienten mit reaktiver Depression unter 25 Jahre alt ist.

Diagnose / Konfession		evangelisch		katholisch		sonstige	
reakt. Depr.	n = 7	3	43 %	2	28,5%	2	28,5%
neurot. Depr.	n = 35	17	49 %	18	51 %	-	-
schw. n. Depr.	n = 17	11	65 %	5	29 %	1	6 %
endog. Depr.	n = 2	2	100 %	-	-	-	-
gesamt	n = 61	33	54 %	25	41 %	3	5 %

Tab. 10: Aufteilung der Patienten nach Diagnose und Konfessionszugehörigkeit

Wir sehen hier ein leichtes Überwiegen der Zugehörigkeit zur katholischen Konfession gegenüber der Normalbevölkerung Esslingens; besonders bei der Diagnosegruppe Neurotische Depression.

Beruflich setzten sich die Patienten folgendermaßen zusammen:

Reakt. Depr.: 1 Hausfrau, 4 Angestellte, 1 Selbständiger, 1 Rentner

Neurot. Depr.: 11 Hausfrauen, 13 Angestellte, 5 Arbeiter, 1 Selbständiger, 1 Rentner, 3 Schüler/Studenten, 1 Beamter

Schw. n. Depr.: 4 Hausfrauen, 8 Angestellte, 3 Arbeiter, 1 Schüler/Student, 1 Rentner

Endog. Depr.: 1 Angestellter, 1 Selbständiger

3.2.2 Dauer der Beschwerden

Die folgenden Daten entstammen der retrospektiven Untersuchung drei bis vier Jahre nach der Behandlung. Sie enthalten daher die oben erwähnten Fehlermöglichkeiten.

In den folgenden Tabellen und Diskussionen lassen wir einen Patienten mit endogener Depression unberücksichtigt, da bei ihm eine anders geartete Erkrankung als bei den anderen Patienten vorlag und er als einziger mit einer solchen Erkrankungsart keine statistischen Aussagen ermöglicht hätte.

In unserer Nachuntersuchung fragten wir die Patienten, wann die Beschwerden, wegen denen sie auf der Psychosomatischen Abteilung 1977 stationär behandelt wurden, zum ersten Mal aufgetreten sind (vgl. die Zusammenstellung der Daten in Tabelle 11).

Die statistische Berechnung zeigte einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Dauer der Erkrankung zwischen der reaktiven und der neurotischen Depression. Zwischen neurotischer und schwerer neurotischer Depression fanden wir diesen Unterschied nicht. Bei der reaktiven Depression traten die Beschwerden meist kurz vor der Behandlung auf. Dagegen hatten die Patienten mit neurotischer und schwerer neurotischer Depression bei der stationären Aufnahme meist eine sehr lange Leidenszeit hinter sich. Bei drei Patienten mit neurotischer Depression fanden wir eine kurze Leidenszeit; der stationären Behandlung ging jedoch ein Suizidversuch unmittelbar voraus.

In Abbildung 1 sehen wir deutlich die Abhängigkeit der Dauer der Beschwerden von der Schwere der Erkrankung, wie es theoretisch zu erwarten war.

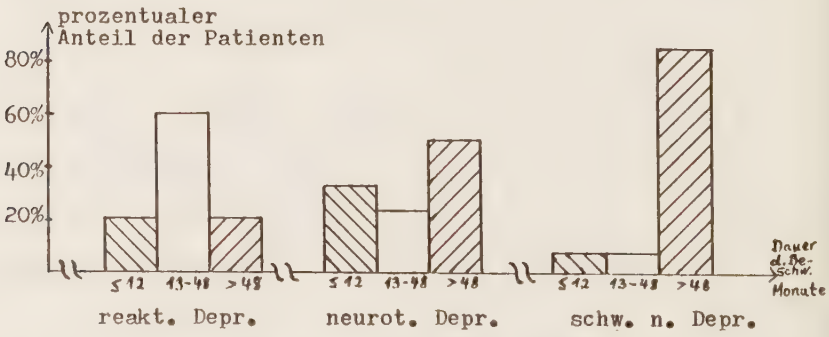

Abb. 1: Histogramm der prozentualen Verteilung der Patienten einer jeweiligen Diagnosegruppe für die klassierten Daten des stetigen Merkmals "Dauer der Beschwerden der Patienten" in Monaten

Aus Abbildung 2 ersehen wir, daß die Mehrzahl der untersuchten Patienten chronisch krank war: 57,5% der

Dauer der Beschwerden / Diagnose	bis 12 Monate	13 - 48 Monate	über 49 Monate	Dauer in Monaten	Durchschnitt $\bar{x}$	s
reakt. Depr. n = 5	1	3	1	2 - 228	59,6	94,6
neurot. Depr. n = 22	6	5	11	1 - 192	65,7	58,5
schw. n. Depr. n = 13	1	1	11	6 - 312	129,7	84,8
gesamt n = 40	8	9	23	1 - 312	84,6	76,4

Tab. 11: Aufteilung der Patienten nach Diagnose und Dauer der Beschwerden

$\chi^2 = 9{,}055$; FG = 4 ; $\alpha < 0{,}05$

Arbeitsunfähigkeit / Diagnose	keine	1 - 12 Wochen	13 - 25 Wochen	über 25 Wochen	Dauer in Wochen	Durchschnitt $\bar{x}$	s
reakt. Depr. n = 5	3	2	-	-	0 - 6	2,2	3,0
neurot. Depr. n = 22	7	2	4	9	0 - 520	50,3	115,0
schw. n. Depr. n = 13	2	1	4	6	0 - 260	49,1	69,6
gesamt n = 40	12	6	8	15	0 - 520	42,85	93,19

Tab. 12: Aufteilung der Patienten nach Diagnose und Arbeitsunfähigkeit vor der Behandlung

$\chi^2 = 9{,}872$; FG = 6 ; $\alpha > 0{,}05$

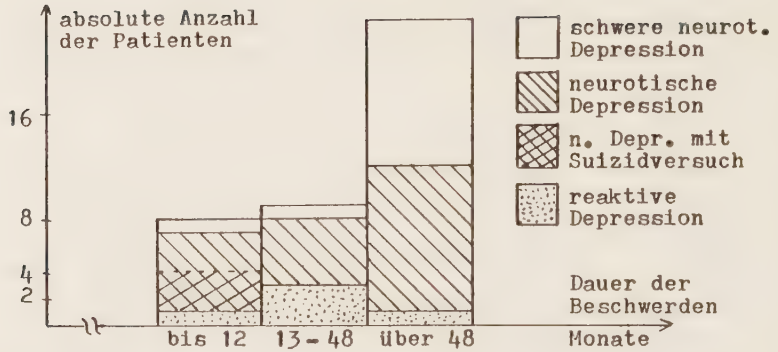

Abb. 2: Histogramm für die absolute Häufigkeit der Patienten und die klassierten Daten des Merkmals "Dauer der Beschwerden" vor stationärer Aufnahme in Monaten

ehemaligen Patienten gaben an, daß ihre Beschwerden mehr als vier Jahre vor der stationären Behandlung erstmals aufgetreten seien. In dieser Gruppe zeigen sich absolut gesehen ebenso viele Patienten mit neurotischer wie mit schwerer neurotischer Depression.

3.2.3 Arbeitsunfähigkeit vor der Behandlung

Auch die folgenden Daten (vgl. Tab. 12) entstammen unserer retrospektiven Nachuntersuchung von 1981.

Obwohl wir (wegen der zu geringen Anzahl an Patienten) keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Diagnosegruppen fanden, zeigt sich augenscheinlich in Abbildung 3 ein deutlicher Unterschied besonders zwischen der Gruppe der Patienten mit reaktiver und den Patienten mit neurotischer, bzw. schwerer neurotischer Depression.

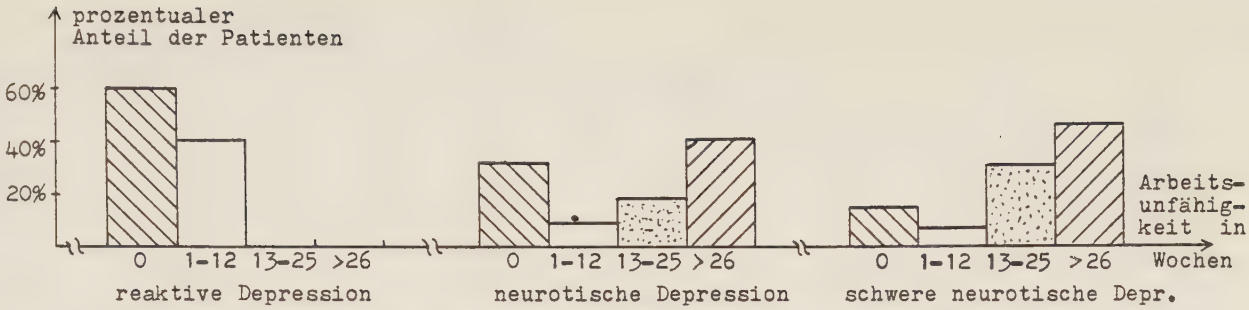

Abb. 3: Histogramm der prozentualen Verteilung der Patienten einer jeweiligen Diagnosegruppe für die klassierten Daten des Merkmals "Arbeitsunfähigkeit vor stationärer Therapie"

Was in Abbildung 3 auffällt, ist einmal, daß Patienten mit reaktiver Depression nie länger als 12 Wochen vor der stationären Behandlung arbeitsunfähig waren; zum anderen ist zu beobachten, daß bei den Patienten mit neurotischer Depression prozentual etwa ebenso viele länger als ein halbes Jahr arbeitsunfähig waren wie bei den Patienten mit schwerer neurotischer Depression - allerdings finden wir bei den neurotisch Depressiven wesentlich mehr Patienten ohne jegliche Arbeitsunfähigkeit.

Auch bei der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit vor der Behandlung finden wir keine große Differenz zwischen den Diagnosegruppen Neurotische und Schwere neurotische Depression.

3.3 Ergehen nach stationärer Behandlung

3.3.1 Selbstbeurteilung des Ergehens durch die Patienten

In diesem Abschnitt möchten wir die Ergebnisse unserer Befragung nach der Selbstbeurteilung darlegen.

Befinden / Diagnose	gut	besser als vorher	unverändert	schlechter
reakt. Depr. n = 5	3 60 %	2 40 %	-	-
neurot. Depr. n = 22	11 50 %	6 27 %	2 9 %	3 14 %
schw. n. Depr. n = 13	7 54 %	5 38 %	- -	1 8 %
gesamt n = 40	21 53 %	13 32 %	2 5 %	4 10 %

Tab. 13: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Diagnose" und "Ergehen unmittelbar nach der Behandlung"

$\chi^2 = 2{,}994$; FG = 6 ; $\alpha > 0{,}05$

Befinden / Diagnose	gut	mäßig	schlecht
reakt. Depr. n = 5	4 80 %	1 20 %	- -
neurot. Depr. n = 22	8 36 %	10 46 %	4 18 %
schw. n. Depr. n = 13	1 8 %	10 77 %	2 15 %
gesamt n = 40	13 32 %	21 53 %	6 15 %

Tab. 14: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Diagnose" und "Ergehen in der Zwischenzeit"

$\chi^2 = 9{,}62$; FG = 4 ; $\alpha < 0{,}05$

Befinden / Diagnose	gut	besser als vorher	unverändert	schlechter
reakt. Depr. n = 5	4 80 %	1 20 %	- -	- -
neurot. Depr. n = 22	12 55 %	8 36 %	2 9 %	- -
schw. n. Depr. n = 13	3 23 %	7 54 %	1 8 %	2 15 %
gesamt n = 40	19 48 %	16 40 %	3 7 %	2 5 %

Tab. 15: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Diagnose" und "Ergehen drei Jahre nach Behandlung"

$\chi^2 = 8{,}754$; FG = 6; $\alpha > 0{,}05$

Wir fanden nur bei der Beurteilung des Ergehens in der Zwischenzeit (Tab. 14) einen signifikanten Unterschied zwischen den Diagnosegruppen Reaktive Depression und Neurotische Depression. Alle anderen Gruppen zeigten keine Signifikanz wegen der zu kleinen Anzahl an Patienten. Wir möchten daher die Ergebnisse allein anhand der Prozentzahlen kurz analysieren.

Die Selbstbeurteilung des Ergehens ist es, an der wir im wesentlichen den Verlauf der Erkrankung ablesen. An diesem ist die Behandlung mit beteiligt; sie ist aber für den Verlauf bei weitem nicht allein ausschlaggebend. Neben den psycho-sozialen und vielen anderen Einflüssen erscheint uns die Art und die Schwere der Erkrankung in dieser Hinsicht von wesentlicher Bedeutung. Dem entspricht, daß die Patienten mit reaktiver Depression für alle drei Beobachtungszeiträume nur gutes und befriedigendes Ergehen angaben, während die Patienten mit neurotischer Depression auch negative Beurteilungen abgeben mußten.

Bei den Patienten mit schwerer neurotischer Depression ist ein "Strohfeuereffekt" sehr auffällig: Unmittelbar nach der Behandlung ging es über der Hälfte der Patienten

gut. Dieses gute Befinden verlor sich rasch im Laufe der Zeit, obwohl auch bei dieser Patientengruppe eine leichte Tendenz zur positiven Beurteilung des Ergehens drei Jahre nach Behandlung (Tab. 15) zu sehen ist. Diese hängt aber möglicherweise damit zusammen, daß die Angaben in Tabelle 13 und Tabelle 15 sich auf einen kurzen Zeitraum beziehen, die Beurteilungen in Tabelle 14 hingegen auf einen Zeitraum von etwa drei Jahren.

Bei den Patienten mit neurotischer Depression fällt auf, daß drei ihr Befinden direkt nach der Behandlung als schlechter im Vergleich zur Zeit vor der Behandlung bezeichneten. Diese Beurteilung finden wir für die Zeit unserer Nachuntersuchung (drei Jahre nach der Behandlung) bei keinem Patienten dieser Diagnosegruppe mehr. Wir sehen das im Zusammenhang mit der Art der Therapie, in der Verdrängtes aufgedeckt wird, was oft die Beschwerden für kurze Zeit verstärken kann. Die therapeutische Wirkung im positiven Sinne wird oft erst einige Zeit später voll sichtbar.

Den Verlauf der Erkrankung erkennen wir noch besser, wenn wir ihn jeweils individuell betrachten. Dazu haben wir die Beurteilungen für alle drei untersuchten Zeiträume miteinander verglichen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 16 zusammengestellt.

Verlauf des Befindens / Diagnose	gleichbleibendes Ergehen		Besserung des Ergehens		Verschlechterung des Ergehens	
reakt. Depr. n = 5	4	80 %	1	20 %	-	-
neurot. Depr. n = 22	11	50 %	7	32 %	4	18 %
schw. n. Depr. n = 13	6	46 %	1	8 %	6	46 %
gesamt n = 40	21	53 %	9	22 %	10	25 %

Tab. 16: Zusammenstellung des individuellen Verlaufs des Ergehens bei den jeweiligen Diagnosegruppen

Wir finden bei den Patienten mit reaktiver Depression nur eine positive Tendenz im zeitlichen Verlauf, während es bei den anderen Diagnosegruppen weniger einheitlich ist. Das Befinden der Patienten mit neurotischer Depression hat sich im Laufe der Zeit bei vielen (32%) gebessert, bei anderen (18 %) aber auch verschlechtert. Diese Verschlechterung zeigt sich auch bei vielen Patienten mit schwerer neurotischer Depression (46%), was den schlechten Verlauf der Erkrankung deutlich macht.

Wir meinen, daß im Falle einer Besserung des Befindens ein positiver "Zeitfaktor" (Selbstheilung, Umwelteinflüsse, Verarbeitung der Einflüsse im Horizont einer (durch die Therapie) veränderten Sichtweise (Persönlichkeit), Nachtherapie usw.) wirksam geworden ist. Im Falle einer Verschlechterung müßten wir entsprechend von der Wirksamkeit eines "negativen Zeitfaktors" sprechen (Rückfälle, schlechte soziale Umwelt, nicht ausreichende Persönlichkeitsänderung bei tiefgehender neurotischer Fehlhaltung).

Betrachten wir allein das Ergehen nach drei Jahren (vgl. Tab. 15), so finden wir bei insgesamt 47,5% aller Patienten ein gutes Befinden sowie bei 87,5% ein zumindest besseres Befinden als vor der Behandlung.

Könnten wir das Ergebnis der Untersuchung von Göllner et al. (1978, 299) auf unsere Patienten übertragen, die fanden, daß die Beschwerden "die gleichen Besserungstendenzen aufwiesen wie die anderen therapeutisch angegangenen Ziele", so würde dies bei unseren Patienten einen "Behandlungserfolg" von 87,5% (einschließlich der Selbstheilungsquote) bedeuten.

3.3.2 Arbeitsunfähigkeit nach stationärer Behandlung

Entsprechend dem oben (B 3.1.2) festgestellten Zusammenhang zwischen der Selbstbeurteilung des Ergehens und der Arbeitsunfähigkeit (Korrelation schlechtes Ergehen mit Arbeitsunfähigkeit) erwarten wir hier einen ähnlichen Zusammenhang zwischen Diagnose und Arbeitsunfähig-

Arbeitsunfähigkeit / Diagnose	keine	1 - 12 Wochen	13 - 25 Wochen	über 25 Wochen	Dauer in Wochen	Durchschnitt $\bar{x}$	s
reakt. Depr. n = 5	4	1	-	-	0 - 8	1,6	3,6
neurot. Depr. n = 22	9	7	-	6	0 - 174	26,4	50,6
schw. n. Depr. n = 13	3	3	-	7	0 - 197	83,2	85,5
gesamt n = 40	16	11	-	13	0 - 197	40,9	66,8

Tab. 17: Aufteilung der Patienten nach Diagnose und Arbeitsunfähigkeit nach der Behandlung

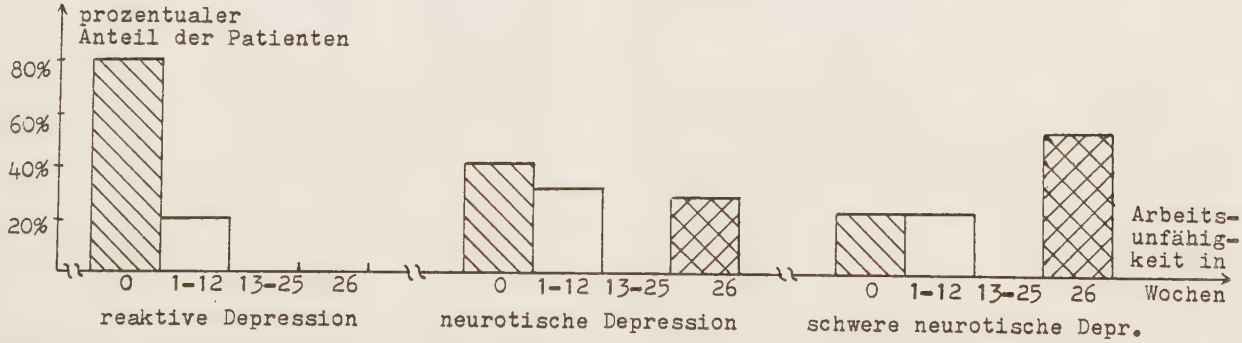

Abb. 4: Histogramm der prozentualen Verteilung der Patienten einer jeweiligen Diagnosegruppe für die klassierten Daten der Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach stationärer Behandlung

keit wie wir ihn eben zwischen Diagnose und Ergehen aufgezeigt haben. Wieder fanden wir wegen der zu geringen Anzahl keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2 = 6{,}912$; FG = 6; $\alpha > 0{,}05$), obwohl wir aus Tabelle 17 und anschaulich im Histogramm (Abb. 4) sehen können, daß ein Zusammenhang zwischen Art (Schwere) der Erkrankung und Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach stationärer Behandlung besteht.

Bei den Patienten mit reaktiver Depression finden wir, daß keiner länger als 12 Wochen arbeitsunfähig war. Die Gruppe mit neurotischer Depression weist auch Patienten mit langer Arbeitsunfähigkeit (länger als ein halbes Jahr) auf, es überwiegen jedoch die Patienten mit kurzer oder fehlender Arbeitsunfähigkeit. Dieses Verhältnis kehrt sich bei den Patienten mit schwerer neurotischer Depression um: Es überwiegen die Patienten mit langer Arbeitsunfähigkeit (53,8%) gegenüber den Patienten mit kurzer oder fehlender Arbeitsunfähigkeit.

3.4 Therapieerfolg nach verschiedenen Kriterien dargestellt

Wie wir oben (B 1.2) dargelegt haben, gibt es für den Erfolg der Psychotherapie weder ein eindeutiges, umfassendes Kriterium, noch eine einheitliche und allgemein anerkannte Definition. Ebenso bleibt unklar, was tatsächlich als Erfolg der Therapie zu werten ist und was auf anderen Faktoren sowie der Spontanheilung beruht.

Im folgenden wollen wir die Vielfalt und die Variabilität des Erfolgs je nach den gewählten Erfolgskriterien am Beispiel unserer Daten darlegen.

3.4.1 Therapieerfolg unter Berücksichtigung allein der Zeit nach der Behandlung

Als erstes betrachten wir das Ergehen der Patienten nach stationärer Behandlung. Wir fassen in diesem Therapieerfolg folgende Gesichtspunkte zusammen: weitere

ärztliche oder stationäre Behandlung, Arbeitsunfähigkeit und Selbstbeurteilung des Ergehens in der Zwischenzeit und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (also wirtschaftliche und persönliche Aspekte).

Die Beurteilungskriterien sind in Tabelle 19 zusammengestellt.

Therapieerfolg / Diagnose	uneingeschränkt gut (1)		gut (2)		bedingt erfolgreich (3)		kein Erfolg (4)	
reakt. Depr. n = 5	4	80 %	1	20 %	-	-	-	-
neurot. Depr. n = 22	6	27 %	6	27 %	7	32 %	3	14 %
schw. n. Depr. n = 13	-	-	4	31 %	6	46 %	3	23 %
gesamt n = 40	10	24 %	11	27 %	13	32 %	6	17 %

Tab. 18: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Diagnose" und "Therapieerfolg unter Berücksichtigung allein der Zeit nach der Behandlung"

$\chi^2 = 13{,}18$; FG = 6; $\alpha < 0{,}05$

Wir fanden einen signifikanten Unterschied im Therapieerfolg zwischen der reaktiven und der neurotischen Depression.

Aus Tabelle 18 und dem Histogramm (Abb. 5) sehen wir, daß ein großer Teil der Patienten mit reaktiver Depression einen uneingeschränkt guten (1) Therapieerfolg zeigt; welcher Anteil bei den neurotisch Depressiven schon geringer ist und bei den schwer neurotisch Depressiven sogar ganz fehlt. Diese Verteilung kehrt sich bei den schlechteren Behandlungserfolgen um. In dem Histogramm (Abb. 5) zeigt sich eine deutliche Abhängigkeit des Therapieerfolgs (dieser Art, nämlich unter Betrachtung allein der Zeit nach der Behandlung) von der Art und der Schwere der Erkrankung (Diagnose). Dies bedeutet, daß der Therapieerfolg (dieser Art) wesentlich mit be-

Therapieerfolg nach Behandlung

Therapieerfolg bei Erfüllung aller 4 Kriterien	uneingeschränkt gut (1)	gut (2)	bedingt erfolgreich (3)	nicht sichtbar (4)
1. Selbstbeurteilung des Ergehens -- in der Zwischenzeit	gut	zumindest zufriedenstellend	zumindest zufriedenstellend	Konnten diese Kriterien nicht erfüllt werden, mußten wir den Erfolg als "nicht sichtbar" bezeichnen.
2. -- nach mindestens 3 Jahren nach Behandlung	gut	zumindest besser als vor Behandl.	zumindest besser als vor Behandl.	
3. Keine weitere nervenärztliche oder stationäre Behandlung notwendig	ja	ja	- -	
4. Arbeitsunfähigkeit nach der Behandlung	weniger als 4 Wochen	weniger als 8 Wochen	- -	

Tab. 19: Zusammenstellung der Kriterien für die Beurteilung des Therapieerfolgs unter Berücksichtigung allein der Zeit nach der Behandlung

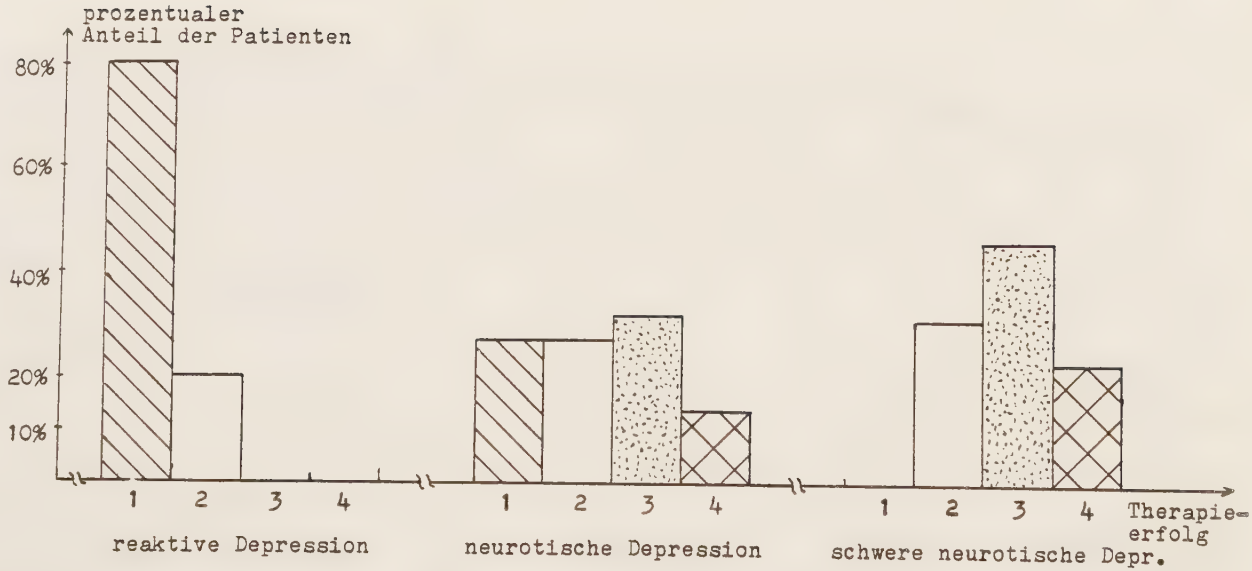

Abb. 5: Histogramm der prozentualen Verteilung der Patienten einer jeweiligen Diagnosegruppe für die Daten des Merkmals "Therapieerfolg unter Berücksichtigung allein der Zeit nach der Behandlung"

1 = uneingeschränkt gut; 2 = gut; 3 = bedingt erfolgreich; 4 = kein Erfolg

stimmt wird durch den Spontanverlauf der Erkrankung - weniger, aber auch, durch die Behandlung. Vergleiche von Ergebnissen können daher bei einem solchen Erfolgsbegriff schwer, ja fast gar nicht angestellt werden.

3.4.2 Wirtschaftlicher Therapieerfolg

Betrachten wir dagegen die Zeit vor und nach einer Behandlung im Vergleich, so wird die Schwere und Chronizität einer Erkrankung wesentlich mit berücksichtigt. Wir sehen dementsprechend bei dieser relativen Erfolgsbeurteilung (vgl. Tab. 20 und 22) nahezu eine Umkehrung der Ergebnisse der vorhergehenden Beurteilung (vgl. Tab. 18).

Außerdem wird bei einer solchen Betrachtungsweise eher ein Therapieerfolg deutlich, da auf diesem Weg eine Änderung im individuellen Leben des Patienten gemessen wird und nicht, wie in der vorhergehenden Erfolgsbetrachtung, nur der einfache Verlauf. Sofern diese Änderung unmittelbar im Anschluß an eine Behandlung, bzw. schon während einer solchen zu sehen ist, ist es bei einer chronischen Erkrankung wahrscheinlich, bei einer reaktiven Erkrankung möglich, daß diese Änderung auf die Behandlung zurückzuführen ist.

Bei der Frage nach dem wirtschaftlichen Erfolg der Therapie betrachteten wir die Änderung der Inanspruchnahme von Sozialleistungen. Wir verglichen bei jedem einzelnen Patienten die Zeit nach der Behandlung mit der Zeit davor hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit und ärztlicher, bzw. stationärer Behandlung. Diese verstehen wir in diesem Zusammenhang unter finanziellem Aspekt als volkswirtschaftliche Leistung. (Daten vgl. Tab. 20).

Die genauen Beurteilungskriterien sind in Tabelle 21 aufgeschlüsselt.

Bei dieser Beurteilungsart fanden wir keinen signifikanten Unterschied mehr zwischen den Diagnosegruppen hinsichtlich des Behandlungserfolges - entsprechend der Berücksichtigung der Schwere der Erkrankung bei diesem Er-

folgsbegriff mit einer relativen Betrachtungsweise.

$\chi^2 = 2{,}363$; FG = 6; $\alpha > 0{,}05$

Therapieerfolg / Diagnose	sehr groß (1)		groß (2)		vorhanden (3)		nicht vorhanden (4)	
reakt. Depr. n = 5	-	-	1	20 %	1	20 %	3	60 %
neurot. Depr. n = 22	5	23 %	4	18 %	5	23 %	8	36 %
schw. n. Depr. n = 13	2	15 %	2	15 %	2	15 %	7	54 %
gesamt n = 40	7	17 %	7	17 %	8	20 %	18	46 %

Tab. 20: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Diagnose" und "Wirtschaftlicher Therapieerfolg"

Bei den Patienten mit reaktiver Depression finden wir keinen Patienten, der einen sehr großen wirtschaftlichen Therapieerfolg aufweist, dagegen einen prozentual höheren Anteil an Patienten mit fehlendem wirtschaftlichen Therapieerfolg als bei den Patienten mit neurotischer und schwerer neurotischer Depression (vgl. Tab. 20 und Abb. 6). Dies ist zu erklären aus der kurzen Leidenszeit der Patienten mit reaktiver Depression und der daher fehlenden Inanspruchnahme großer Sozialleistungen vor der stationären Behandlung. Der große prozentuale Anteil an Patienten ohne wirtschaftlichen Therapieerfolg in der Diagnosegruppe Schwere neurotische Depression ist dagegen aus dem negativen Verlauf und der Schwere der Erkrankung zu verstehen, die nicht selten weitere Behandlungen notwendig werden lassen.

Der wirtschaftliche Behandlungserfolg kann natürlich nicht als alleiniges oder globales Kriterium einer Behandlung angesehen werden, obwohl wir ihn nicht für unwichtig erachten. Er zeigt aber die volkswirtschaftliche Bedeutung der psychotherapeutischen Behandlung, die nur in dieser individuellen und relativen Betrachtungsweise

Wirtschaftlicher Therapieerfolg

bei Erfüllung aller drei Kriterien	sehr groß (1)	groß (2)	vorhanden (3)	nicht vorhanden (4)
1. Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor der Behandlung	länger als 1/2 Jahr	länger als 1/4 Jahr	- -	- -
2. Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach der stationären Behandlung	weniger als 1/10 der Zeit der A.u. vor der Therapie	weniger als 1/5 der Zeit der A.u. vor der Therapie [1]	Dauer der A.u. kürzer als vor der stationären Behandlung [2]	Dauer der A.u. gleich lang oder länger als vor der Behandlung
3. Keine weitere nervenärztliche oder stationäre Therapie notwendig	ja	ja	ja	nein

1) Falls keine Angaben über Arbeitsunfähigkeit vorliegen und keine ambulante Nachbehandlung erfolgte, genügte auch eine vorhergehende ärztliche Behandlung von mehr als zwei Jahren.

2) Falls die Arbeitsunfähigkeit vor und nach der Behandlung gleich lang dauerte, genügte eine vorhergehende ärztliche Behandlung der Beschwerden.

Tab. 21 : Kriterien für die Beurteilung des wirtschaftlichen Therapieerfolges

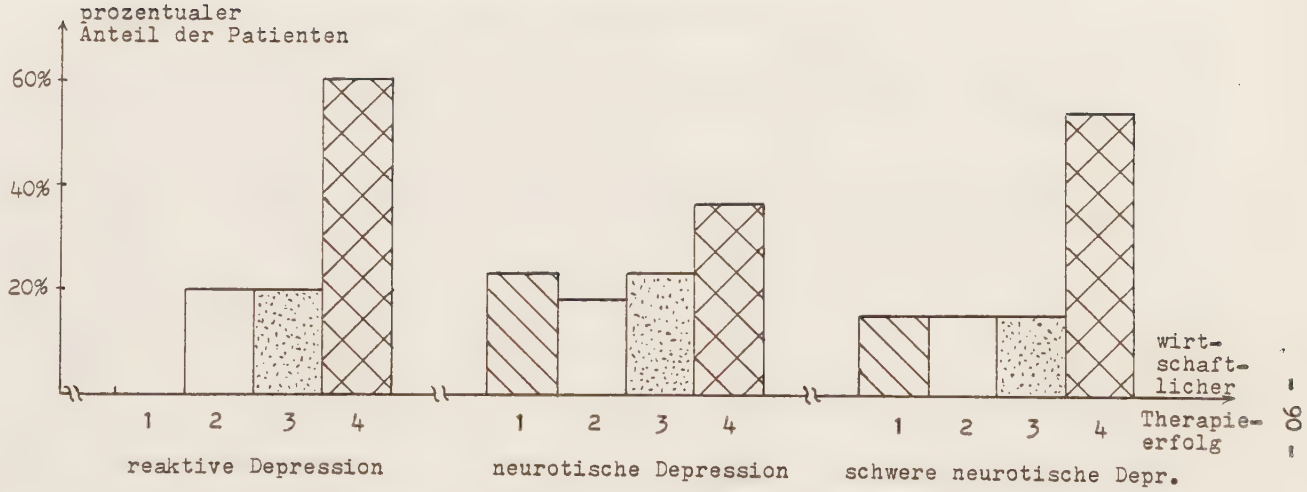

Abb. 6: Histogramm der prozentualen Verteilung der Patienten einer jeweiligen Diagnosegruppe für die Daten des Merkmals "Wirtschaftlicher Therapieerfolg"

1 = sehr groß; 2 = groß; 3 = vorhanden; 4 = kein wirtschaftlicher Erfolg sichtbar

angemessen deutlich werden Kann. Bei der Betrachtung aller Patienten zusammen sehen wir nämlich keinen Erfolg mehr; denn die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist bei der Gesamtheit unserer Patienten vor der Behandlung ($\bar{x}_{vorher} = 42{,}85$ Wochen) fast gleich lang wie nach der Behandlung ($\bar{x}_{nachher} = 40{,}9$ Wochen). Bei dieser globalen Betrachtungsweise bleiben zu viele Faktoren unberücksichtigt, weshalb wir sie nicht als Kriterium heranziehen möchten.

3.4.3 Persönlicher Therapieerfolg

Unter persönlichem Therapieerfolg verstehen wir den Erfolg, die Veränderungen im Leben eines Patienten, die für ihn selbst subjektiv wichtig, von Bedeutung sein dürften. Für diese Erfolgskategorie verglichen wir die Selbstbeurteilung des Ergehens nach der Behandlung mit der Leidenszeit vor der stationären Behandlung. Es kommt also das Ergehen vor und nach der Behandlung sowie die Chronizität der Erkrankung zum Tragen. Wir zogen in die Betrachtung auch Suizidversuche und den wirtschaftlichen Erfolg der Behandlung mit ein, da wir meinen, daß es für einen Menschen auch persönlich viel bedeutet, nach langer Arbeitsunfähigkeit wieder arbeiten zu können oder nach einem Suizidversuch (auch ohne lange vorhergehende Leidenszeit) wieder leben zu wollen und zu können. Dadurch entstanden zwar Überschneidungen in unseren verschiedenen Beurteilungskriterien, die wir aber im Hinblick auf eine sinnvolle Beurteilungskategorisierung in Kauf genommen haben.

Die genauen Beurteilungskriterien sind in Tabelle 23 aufgeschlüsselt.

Das Ergebnis der Beurteilung des persönlichen Therapieerfolgs haben wir in Tabelle 22 und Abbildung 7 dargestellt.

Bei dieser Erfolgsbeurteilung ergab sich kein großer Unterschied zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen.

Therapieerfolg / Diagnose	sehr groß (1)	groß (2)	vorhanden (3)	nicht sichtbar (4)
reakt. Depr. n = 5	1 20 %	1 20 %	3 60 %	- -
neurot. Depr. n = 22	5 23 %	8 36 %	4 18 %	5 23 %
schw. n. Depr. n = 13	1 8 %	4 31 %	5 38 %	3 23 %
gesamt n = 40	7 17 %	13 32 %	12 29 %	8 22 %

Tab. 22: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Diagnose" und "Persönlicher Therapieerfolg"

$\chi^2 = 10{,}88$; FG = 6 ; $\alpha > 0{,}05$

Statistisch ergab sich kein signifikanter Unterschied.

Bei den Patienten mit reaktiver Depression gab es jedoch keinen mit einem "nicht sichtbaren" Therapieerfolg. Weiterhin fällt bei dieser Diagnosegruppe auf, daß bei einem großen Teil der Therapieerfolg "vorhanden" ist, ein großer Therapieerfolg aber nur bei wenigen festgestellt werden konnte. Dies dürfte daraus zu erklären sein, daß bei diesen Patienten der stationären Behandlung keine längere Leidenszeit mit Beschwerden und längerer Arbeitsunfähigkeit vorausging.

Zusammenfassung: Wir betrachteten den Therapieerfolg jeweils unter verschiedenen Fragestellungen und Gewichtungen und konnten sehen, daß - wie zu erwarten war - zum Teil große Unterschiede im Erfolg zwischen den Diagnosegruppen bestehen, daß aber auch das Ergebnis in einer jeweiligen Diagnosegruppe je nach den Beurteilungskriterien sehr unterschiedlich ausfallen kann. Wir sehen daran, welche Bedeutung bei Erfolgsvergleichen sowohl den Kriterien des Erfolgs als auch der Zusammensetzung der Patienten nach den Erkrankungen (Diagnosen) zukommt.

Die größten Unterschiede im Erfolg zeigten sich bei der reaktiven Depression: Bei Betrachtung des Therapie-

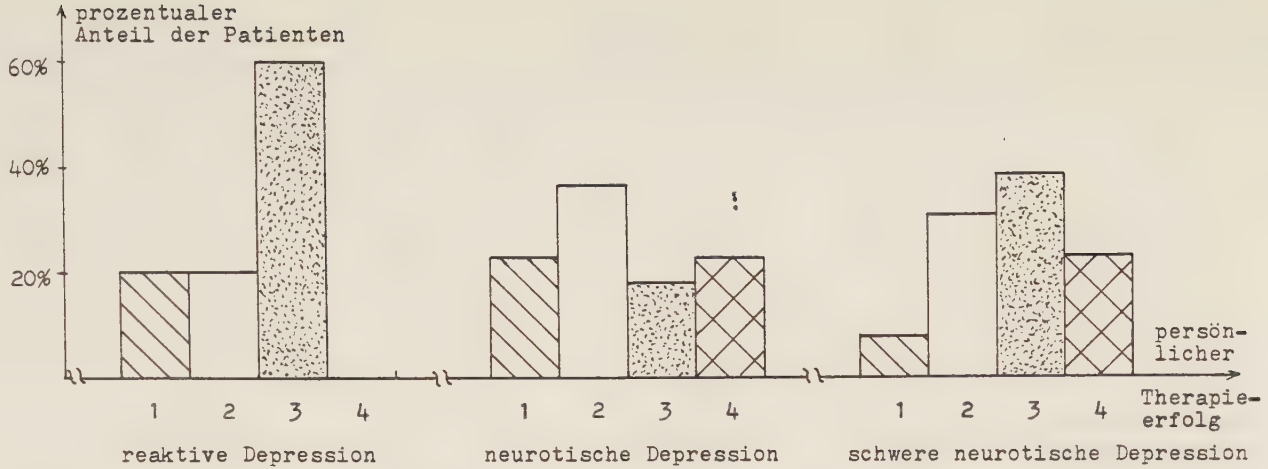

Abb. 7: Histogramm der prozentualen Verteilung der Patienten einer jeweiligen Diagnosegruppe für die Daten des Merkmals "Persönlicher Therapieerfolg"

1 = sehr groß; 2 = groß; 3 = vorhanden; 4 = nicht sichtbar

Persönlicher Therapieerfolg

bei Erfüllung aller 3 Kriterien	sehr groß (1)	groß (2)	vorhanden (3)	nicht sichtbar (4)
1. Selbstbeurteilung des Ergehens -- in der Zwischenzeit	gut	zumindest zufriedenstellend	zumindest zufriedenstellend	Konnten diese Kriterien nicht erfüllt werden, mußten wir den Erfolg als "nicht sichtbar" bezeichnen.
2. -- mindestens 3 Jahre nach der stationären Behandlung	gut	zumindest besser als vor der Therapie (sofern kein wirtschaftlicher Mißerfolg vorlag)	zumindest besser als vor der stationären Therapie	
3. Dauer der Beschwerden	länger als 1 Jahr	länger als 1/2 Jahr	- -	
<u>oder</u> Suizidversuch vor der Therapie	ja	ja	- -	
<u>oder</u> wirtschaftlicher Erfolg	sehr groß	groß	- -	
		<u>oder</u> bereits vergebliche stat. (nicht psychosomatische) Behandlung der Beschwerden		

Tab. 23: Kriterien für die Beurteilung des persönlichen Therapieerfolges

erfolgs unter Berücksichtigung allein der Zeit nach der Behandlung finden wir nur gute Resultate, während sich bei diesen Patienten fast kein wirtschaftlicher Erfolg zeigt und sich auch der persönliche Therapieerfolg im Vergleich zur Zeit vor der Behandlung sehr in Grenzen hält.

Bei den Patienten mit neurotischer Depression finden wir dagegen bei den verschiedenen Betrachtungsweisen keine herausragenden Unterschiede. Allein bei den Patienten mit schwerer neurotischer Depression fällt bei einer größeren Gruppe der fehlende wirtschaftliche Erfolg auf.

3.4.4 Globaler Therapieerfolg

Nachdem in den oben dargestellten Erfolgsbeurteilungen jeweils einzelne verschiedene Gesichtspunkte berücksichtigt wurden, wollen wir nun versuchen, in einem übergeordneten Erfolgsbegriff (wir nennen ihn "global") die drei dargestellten Betrachtungsweisen zusammenzufassen.

Die Kriterien für diese umfassende Erfolgsbeurteilung definierten wir folgendermaßen:

Als "sehr erfolgreich" (1) beurteilten wir eine Behandlung, wenn die Summe der Erfolgsziffern der drei dargestellten Erfolgsarten kleiner oder gleich sechs ($x \leq 6$) war.[1)]
"Erfolgreich" (2) war für uns die Behandlung, wenn die Summe sieben oder acht betrug ($6 < x \leq 8$).
Als "bedingt erfolgreich" (3) bezeichneten wir die Behandlung, wenn die Summe neun oder zehn betrug ($8 < x \leq 10$).
Von "nicht sichtbarem" Erfolg (4) sprachen wir, wenn die Summe größer als zehn war ($x > 10$).

---

1) Wir meinten, daß eine Behandlung auch dann als sehr erfolgreich anzusehen ist, wenn es z.B. einem Patienten nach der Behandlung gut geht (1)(vgl. Tab. 19), ein grosser persönlicher Erfolg (nach langer Leidenszeit) vorliegt (1)(vgl. Tab. 23), obwohl kein wirtschaftlicher Erfolg (4)(vgl. Tab. 21) zu verzeichnen ist. Die Summe der Erfolgsziffern beträgt in diesem Fall sechs.

Bei der Überprüfung der Beurteilung des globalen Therapieerfolgs an einzelnen Patienten zeigte sich, daß das Ergebnis der Beurteilung weitgehend mit dem eigenen Eindruck des Untersuchers übereinstimmte und der globale Therapieerfolg somit als gutes Beurteilungskriterium betrachtet werden kann. Dies bestätigte auch unser weiter unten (B 3.4.6) durchgeführter Vergleich der Arbeitsunfähigkeit vor und nach der Behandlung. Wir betrachten daher den globalen Therapieerfolg als die für die weiteren Fragen entscheidende Beurteilung. Wenn wir im folgenden von "Therapieerfolg" sprechen, meinen wir daher diesen globalen Therapieerfolg.

Therapie / Diagnose	sehr erfolgreich (1)	erfolgreich (2)	bedingt erfolgreich (3)	kein sichtbarer Erfolg (4)
reakt. Depr. n = 5	1 20 %	4 80 %	- -	- -
neurot. Depr. n = 22	9 41 %	4 18 %	5 23 %	4 18 %
schw. n. Depr. n = 13	3 23 %	3 23 %	4 31 %	3 23 %
gesamt n = 40	13 33 %	11 28 %	9 22 %	7 17 %

Tab. 24: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Diagnose" und "Globaler Therapieerfolg"

$\chi^2 = 9{,}495$; FG = 6; $\alpha > 0{,}05$ Wir fanden keinen signifikanten Unterschied, da die Zahlen zu klein waren.

Die letzte globale Beurteilung ergab, daß die Behandlung bei 60 % der Patienten erfolgreich war (100 % bei der reaktiven, 59,1 % bei der neurotischen und 46,1 % bei der schweren neurotischen Depression). Bedingt erfolgreich war die Behandlung bei 22,5 % der Patienten (22,7 % bei der neurotischen und 30,8 % bei der schweren neurotischen Depression). Keinen Erfolg konnten wir bei 17,5 % der Patienten sehen (18,2 % bei der neurotischen und 23,1 % bei der schweren neurotischen Depression).

Wie wir oben in der Problemdiskussion zum Therapieerfolg angeführt haben (vgl. B 1.2.2), bedeutet

Abb. 8: Histogramm der prozentualen Verteilung der Patienten einer jeweiligen Diagnosegruppe für die Daten des Merkmals "Globaler Therapieerfolg"

1 = sehr erfolgreich ; 2 = erfolgreich ; 3 = bedingt erfolgreich ; 4 = nicht sichtbar

Aus Tabelle 24 und Abbildung 8 wird die gute Prognose und Therapierbarkeit der reaktiven Depression ersichtlich, neben den verschiedenen Verlaufsmöglichkeiten der neurotischen und schweren neurotischen Depression, bei denen kein wesentlicher Unterschied in der Erfolgsbeurteilung festzustellen ist.

ein nicht sichtbarer Therapieerfolg jedoch nicht, daß die Behandlung überhaupt erfolglos und sinnlos war; denn den momentanen während der Behandlung erlebten offensichtlichen Therapieerfolg sowie die Persönlichkeitsveränderung haben wir nicht gemessen. Auch wissen wir nicht, welchen Verlauf die Erkrankung ohne Behandlung genommen hätte.

Die Patienten ohne sichtbaren Therapieerfolg stammen nicht, wie man meinen könnte, nur aus der Gruppe der Patienten mit schwerer neurotischer Depression, das heißt der Erkrankung mit schlechterer Prognose (obwohl diese prozentual häufiger schlecht abgeschnitten haben), sondern auch aus der Gruppe der neurotisch Depressiven.

Die Zusammensetzung der Erfolgsgruppen zeigt anschaulich Abbildung 9; jedoch sind bei der Bewertung des Histogramms die verschiedenen Größen der Diagnosegruppen zu beachten: Die neurotisch Depressiven bilden die größte Gruppe; in dieser Gruppe findet sich daher trotz Dominanz hinsichtlich der absoluten Patientenzahl ein geringerer Prozentsatz an Patienten mit einem nicht sichtbaren Therapieerfolg als bei den Patienten mit schwerer neurotischer Depression (vgl. Abb. 8).

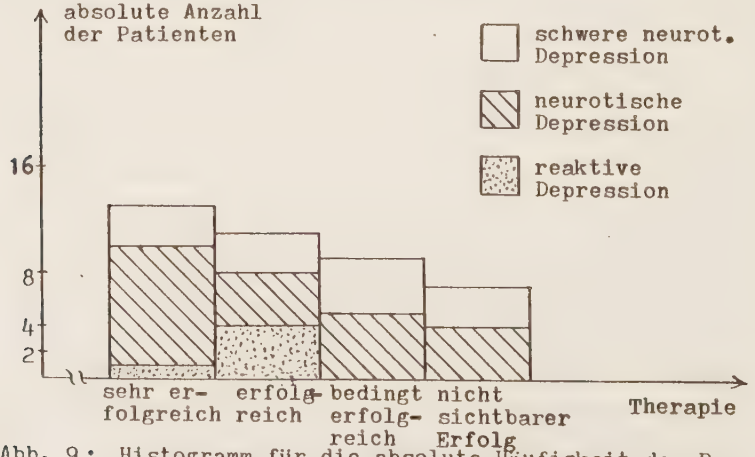

Abb. 9: Histogramm für die absolute Häufigkeit der Patienten und den globalen Therapieerfolg

3.4.5 Zusammenfassung

Wir betrachteten den Therapieerfolg jeweils von verschiedenen Blickrichtungen aus unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte. Je nach den Kriterien, aber auch je nach der Erkrankung (Diagnose) zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse. Betrachten wir allein die Beschwerden zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (wie dies häufig getan wird), so finden wir eine "Heilung" bei 47,5% und eine Besserung bei 40,0% aller unserer Patienten mit depressivem Syndrom. (Göllner et al. (1978, 299) fanden z.B. in einer differenzierteren Untersuchung bei 59% der Patienten starke und leichte Besserungen.)

Betrachten wir aber den ganzen Zeitraum der drei Jahre nach der Behandlung, so erhalten wir natürlich ein wesentlich schlechteres - aber u.E. richtigeres Ergebnis: Hier ging es nur noch 32,5% der Patienten gut; 15% gaben ein schlechtes Ergehen an.

Da der Zeitpunkt der stationären Aufnahme eine im Hinblick auf die Gesundheit negative Zeitwahl bedeutet, kann man u.E. das Befinden zu diesem Zeitpunkt nicht mit dem Befinden zu einem durch zufällige Zeitwahl (Katamneseerhebung) gewählten Zeitpunkt vergleichen. Genauer erfassen wir das Ergehen, wenn wir die ganze Folgezeit nach der Behandlung betrachten - was wir in unserer Untersuchung taten. Entsprechend erhalten wir in unserer Untersuchung auch keine hervorragenden Ergebnisse im Vergleich zu anderen Untersuchungen, wo die Therapie wesentlich weniger aufwendig war. Diese Vergleiche sind jedoch nicht gut möglich (vgl. Dührssen et al. 1965, 106), da die Ergebnisse - wie wir oben gezeigt haben - sehr abweichen je nach Art der Erkrankung und den Erfolgskriterien. Wir verzichten daher weitgehend auf einen solchen Vergleich.

Wir möchten statt dessen zum Schluß dieses Abschnitts am Beispiel der Arbeitsunfähigkeit den Therapieerfolg anschaulich machen.

3.4.6 Therapieerfolg am Beispiel der Arbeitsunfähigkeit dargestellt

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor der stationären Behandlung betrug bei allen Patienten:

$\bar{x}$ = 42,85 Wochen ; s = 93,2 ; $\tilde{x}$ = 14 Wochen ;

gesamt : 1757 Wochen ; 12 Patienten (29,3 %) waren ohne Arbeitsunfähigkeit (vgl. dazu auch Abb. 10).

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach der stationären Behandlung betrug bei allen Patienten:

$\bar{x}$ = 40,9 Wochen ; s = 66,8 ; $\tilde{x}$ = 4 Wochen ;

gesamt : 1677 Wochen ; 16 Patienten (39,0 %) waren ohne Arbeitsunfähigkeit (vgl. dazu auch Abb. 11).

Betrachten wir allein die Mittelwerte und die Gesamtzahl der Wochen der Arbeitsunfähigkeit bei der Gesamtheit der Patienten, so könnte man entnehmen, daß kein wirtschaftlicher Therapieerfolg erzielt worden sei. Dabei bliebe jedoch unberücksichtigt, daß viele Patienten durch die Erkrankung erst kurz vor der Behandlung arbeitsunfähig geworden sind und viele ohne Behandlung auch wohl arbeitsunfähig geblieben wären, so daß ohne Behandlung die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wohl wesentlich länger gewesen wäre.

Vergleichen wir aber die Medianwerte und die Anzahl der Patienten ohne Arbeitsunfähigkeit, so wird ein Behandlungserfolg deutlich.

Noch deutlicher wird dieser, wenn wir unsere Zahlen beispielsweise mit den Ergebnissen von Heigl - Evers (1969) vergleichen, die in ihrer Untersuchung auch schon Therapieerfolge sieht, obwohl nach ihren Angaben der prozentuale Anteil arbeitsunfähiger Patienten von 17,9 % (♂)/ 25,7 % (♀) vor der Behandlung um etwa 19,5 % auf 37,12 % (♂)/ 45,33 % (♀) nach der Behandlung gestiegen ist. Bei unseren Patienten, die vor der Behandlung

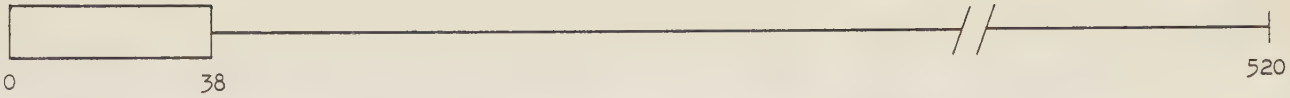

Abb. 10 : Box & Whiskers Plot für die Arbeitsunfähigkeit in Wochen vor der stationären Behandlung bei allen untersuchten Patienten

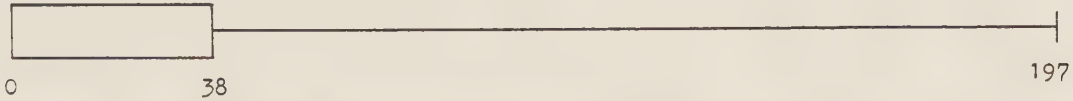

Abb. 11 : Arbeitsunfähigkeit in Wochen nach der stationären Behandlung bei allen untersuchten Patienten

Abb. 12 : Box & Whiskers Plot für die Arbeitsunfähigkeit in Wochen vor der stationären Behandlung bei den Patienten mit sehr erfolgreicher Behandlung

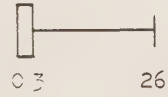

Abb. 13 : Arbeitsunfähigkeit in Wochen nach der stationären Behandlung bei den Patienten mit sehr erfolgreicher Behandlung

wesentlich häufiger arbeitsunfähig und daher wohl auch schwerer krank waren (vgl. unsere Untersuchung B 3.2.3), fiel dagegen der Prozentsatz der Arbeitsunfähigen von 70,7% vor der Behandlung um 9,7% auf 61,0% nach der Behandlung - obwohl wir bei diesen Daten weitere stationäre Behandlungen als Arbeitsunfähigkeit bewerteten. Im Gegensatz zu den Patienten von Heigl - Evers waren bei uns also nach der Behandlung weniger Patienten arbeitsunfähig als vor der Behandlung.

Vergleichen wir die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den Patienten mit "sehr erfolgreicher" Behandlung, so wird der Erfolg bei allen Daten sehr deutlich:

Arbeitsunfähigkeit vor der stationären Therapie	Arbeitsunfähigkeit nach der stationären Therapie
$\bar{x} = 96{,}85$ Wochen $s = 151{,}38$	$\bar{x} = 3{,}0$ Wochen $s = 7{,}09$
gesamt: 1259 Wochen	gesamt: 39 Wochen
$\tilde{x} = 36$ Wochen	$\tilde{x} = 0$ Wochen
2 Patienten (15,4%) nie arbeitsunfähig	8 Patienten (61,5%) nie arbeitsunfähig
vgl. dazu Abbildung 12	vgl. dazu Abbildung 13

Besonders aus dem Vergleich der Mittelwerte und der Gesamtwochenzahlen wird die große volkswirtschaftliche und soziale Bedeutung der Behandlung ersichtlich.

Daß die Behandlung auch bei manchen Patienten keinen Erfolg brachte - ob dies an einer falschen oder mangelnden Therapie oder an der "Autonomie" der Erkrankung lag, sei dahingestellt -, zeigen die Daten der Patienten mit einem "nicht sichtbaren" Therapieerfolg:

Patienten ohne sichtbaren Therapieerfolg:

Arbeitsunfähigkeit vor der Behandlung:	Arbeitsunfähigkeit nach der Behandlung:
$\bar{x}$ = 23,75 Wochen s = 21,3	$\bar{x}$ = 101,88 Wochen s = 76,81
gesamt: 190 Wochen	gesamt: 815 Wochen
$\tilde{x}$ = 16,5 Wochen	$\tilde{x}$ = 97 Wochen
1 Patient (12,5 %) nie arbeitsunfähig	kein Patient (0 %) nie arbeitsunfähig
vgl. dazu auch Abbildung 14	vgl. dazu auch Abbildung 15

Aus den letztgenannten Daten wird deutlich, daß auch trotz Behandlung der "Spontanverlauf" einer Erkrankung dominieren kann.

4. Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg

4.1 Behandlungsfaktoren

In diesem Abschnitt fragen wir danach, welchen Einfluß verschiedene Behandlungsfaktoren auf den Therapieerfolg haben.

4.1.1 Einfluß der Behandlungsdauer auf den Therapieerfolg

Viele Autoren fanden eine Abhängigkeit des Therapieerfolgs von der Dauer der Behandlung (u.a. Schwarz 1979, 384; Beck et al. 1972, 278). Im folgenden gehen wir der Frage nach, ob auch bei unserer Definition von Therapieerfolg eine positive Beziehung zwischen der Dauer der Behandlung und dem Erfolg besteht.

Bei der folgenden Untersuchung lassen wir die Patienten mit reaktiver Depression unberücksichtigt und betrachten nur die Behandlung der neurotisch Depressiven, da die Behandlungsdauer bei den reaktiv Depressiven weniger streute (zwischen 33 und 86 Tagen), die Therapieresultate bei allen positiv ausfielen (wohl auch wegen der guten Spontanprognose) und die Therapiedauer im Durchschnitt we-

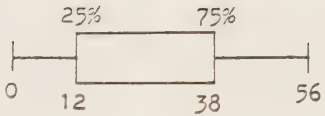

Abb. 14 : Box & Whiskers Plot für die Arbeitsunfähigkeit in Wochen vor der stationären Behandlung bei den Patienten mit keinem sichtbaren Behandlungserfolg

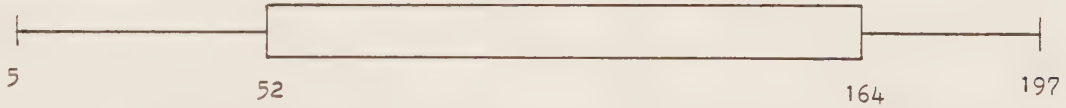

Abb. 15 : Arbeitsunfähigkeit in Wochen nach der stationären Behandlung bei den Patienten mit keinem sichtbaren Behandlungserfolg

sentlich kürzer (notwendig) war als bei den neurotisch Depressiven. Die Einbeziehung der reaktiven Depression hätte daher unser Ergebnis nur unnötig verfälscht.

Behandlungsdauer / Therapie	bis 60 Tage	61 - 90 Tage	91 - 120 Tage	über 120 Tage
sehr erfolgreich (1) n = 12	1 8%	7 59%	4 33%	- -
erfolgreich (2) n = 7	6 86%	1 14%	- -	- -
bedingt erfolgr.(3) n = 9	3 33%	3 33%	1 11%	2 22%
Erfolg nicht sichtbar (4) n = 7	1 14%	- -	1 14%	5 72%
gesamt n = 35	11 31%	11 31%	6 17%	7 20%

Tab. 25: Kontingenztafel für die klassierten Daten der Merkmale "Dauer der Behandlung" und "Therapieerfolg"

$\chi^2 = 27{,}16$; FG = 9 ; $\alpha < 0{,}025$

Bei unserer statistischen Berechnung fanden wir einen signifikanten Unterschied im Behandlungserfolg zwischen längerer und kürzerer Behandlungsdauer (bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 2,5%). Im Gegensatz zu den bisherigen Untersuchungen anderer Autoren fanden wir jedoch keinen positiven, sondern einen negativen Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg; d.h. die länger behandelten Patienten zeigten einen signifikant schlechteren Behandlungserfolg.

Das von anderen Untersuchungen abweichende Ergebnis läßt sich daraus erklären, daß wir in unserem Erfolgsbegriff im Gegensatz zu manchen anderen Untersuchungen keine neurosenstrukturellen Veränderungen berücksichtigt haben. Denn Schwarz (a.a.O. 379) meint: "Neurosenstrukturelle Veränderungen benötigen eine längere Behandlungszeit als Symptombesserungen." Letztere aber haben

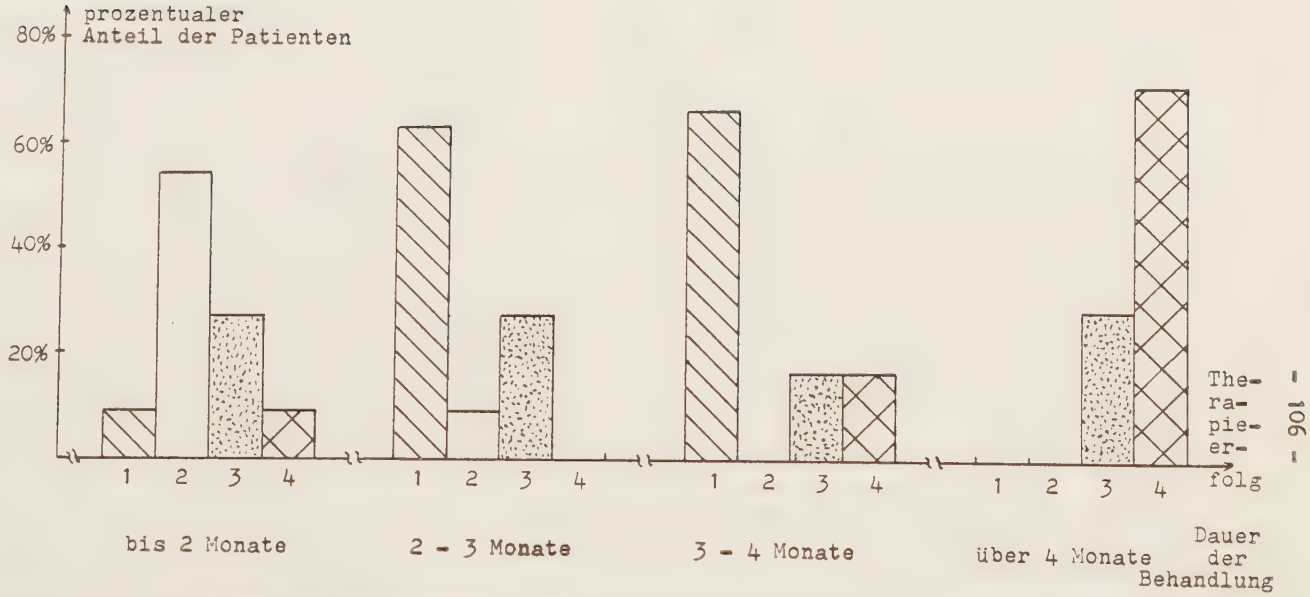

Abb. 16: Histogramm der prozentualen Verteilung der Patienten mit jeweils ähnlicher Behandlungsdauer gruppiert für die Daten des Merkmals "Therapieerfolg"

1 = sehr erfolgreich ; 2 = erfolgreich ; 3 = bedingt erfolgreich ; 4 = nicht sichtbar

wir vor allem gemessen. Zum anderen stellt sich die Frage, ob nicht bis zu einer gewissen Dauer der Behandlung ein positiver Zusammenhang zwischen Erfolg und Behandlungsdauer besteht, der sich bei längerer Behandlungsdauer jedoch in einen negativen Zusammenhang verkehrt.

Diese Vermutung legen jedenfalls die genannten Untersuchungen, die sich auf relativ kurze und wenig intensive Behandlungen beziehen, und unsere Daten im Hinblick auf die Dauer der stationären Behandlung nahe. Abbildung 16 zeigt eine Zunahme der Patienten mit sehr gutem Erfolg bei einer Behandlung von zwei bis drei Monaten gegenüber den kürzer Behandelten. Einen deutlichen Abfall des Behandlungserfolgs (keine positiven Erfolge mehr) sehen wir bei einer Behandlungsdauer von mehr als vier Monaten.

Wir versuchten rechnerisch zu eruieren, bei welcher Behandlungsdauer der Therapieerfolg am besten ist. Dazu errechneten wir den Mittelwert des Erfolgs einer jeweiligen Gruppe von Patienten mit ähnlicher Behandlungsdauer (vgl. Tab. 26)

Behandlungsdauer / Therapieerfolg	bis 30 Tage	31 - 60 Tage	61 - 90 Tage	91 - 120 Tage	121 - 150 Tage	über 150 Tage
sehr erf. (1)	-	1	7	4	-	-
erfolgreich (2)	-	6	1	-	-	-
bedingt erf. (3)	1	2	3	1	-	2
nicht sichtbar (4)	-	1	-	1	1	4
durchschnittliches Behandlungsergebnis	3,0	2,3	1,64	1,83	4,0	3,67

Tab. 26: Aufteilung der klassierten Daten der Merkmale "Behandlungsdauer" und "Therapieerfolg"

Bis zur Dauer der Behandlung von zwei bis drei Monaten zeigt sich eine deutliche Zunahme des durchschnittlichen Therapieerfolgs, d.h. wir finden - ähnlich wie

die oben genannten Autoren - einen positiven Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg. In der nächsten Gruppe (Behandlungsdauer drei bis vier Monate) zeigt sich zwar ein leichter Rückgang des durchschnittlichen Therapieerfolgs, aber immer noch ein guter Behandlungserfolg, im Gegensatz zu den Gruppen mit noch längerer Behandlungsdauer.

Versuch einer Interpretation: Wir nehmen an, daß der positive Zusammenhang bei den kürzeren Behandlungszeiten (Behandlungsdauer in unserem Fall bis drei Monate) auf der jeweils besseren Verarbeitungsmöglichkeit und der umfassenderen Änderung der Neurosenstrukturen beruhen, je länger die Behandlung andauert. Bei dem negativen Zusammenhang bei langer Behandlungsdauer vermuten wir, daß hier einmal besonders schwere Erkrankungen kumulieren (wie wir oben (A 2.4.1) feststellten), die als solche schon eine schlechte Prognose haben, daß aber auch lange stationäre Behandlungen ohne Unterbrechung den Patienten vielleicht zu sehr aus dem Alltagsleben entwöhnen können, so daß die Reintegration Schwierigkeiten bereiten kann.

Angesichts dieser Ergebnisse wäre zu überlegen, ob nicht eine (fast generelle) Unterbrechung der stationären Behandlung (bei uns nach vier Monaten) sinnvoll wäre, um in einer späteren Zeit - im Sinne einer Intervalltherapie, wie sie in Esslingen zum Teil auch gezielt eingesetzt wird - die Behandlung fortzuführen. Es wäre denkbar, daß ein Gesundungsprozeß auf diese Weise - durch Einsatz der therapeutischen Wirkung der alltäglichen Umwelt - rascher und mit geringerem Kostenaufwand zu erreichen wäre, als durch sehr langwierige Behandlungen. Natürlich müssen wir eingedenk bleiben, daß manche schwere chronische depressive Erkrankungen auch wegen der Suizidgefahr eine lange intensive Betreuung benötigen können und hier nicht nach rationellen und nur wirtschaftlichen Kriterien gehandelt werden darf.

4.1.2 Einfluß der antidepressiven Medikation auf die Prognose

Wenn wir schon in der Überschrift vom Einfluß der antidepressiven Medikation auf die Prognose sprechen, soll deutlich werden, daß wir nicht der Meinung sind, daß die Einnahme von Antidepressiva auf den Therapieerfolg wesentlichen Einfluß hätte, da sie nur die Symptomatik, nicht aber die Erkrankung selbst beeinflussen. Diese Trennung im voraus ist deshalb wichtig, weil wir in unserem Ergebnis nicht entscheiden können, welcher Anteil des Ergehens auf die Prognose (den Spontanverlauf) und welcher auf die Therapie zurückzuführen ist.

Es wurden Patienten aller Diagnosegruppen mit Antidepressiva behandelt. Wir schieden daher bei dieser Untersuchung keine Diagnosegruppe aus.

Die Auswahl der Patienten zur Verabreichung von Antidepressiva erfolgte nach dem Gesichtspunkt der Notwendigkeit im Hinblick auf die Symptomatik. Nur die Patienten erhielten Antidepressiva, bei denen eine Psychotherapie ohne diese Medikation nicht oder nur schwer möglich gewesen wäre. Durch die Stimmungsaufhellung und Aktivierung (sedierende Antidepressiva vom Amitryptilin - Typ werden in Esslingen nur selten eingesetzt) ist meist nach kurzer Zeit bei den Patienten ein guter psychotherapeutischer Zugang möglich.

Durch diese Auswahl der Patienten nach der Symptomatik ist es u.E. eher wahrscheinlich, daß wir es bei den auch medikamentös behandelten Patienten mit einer eigenen Gruppe mit eigener Prognose zu tun haben, als daß wir durch die Antidepressivatherapie einen Einfluß auf den Behandlungserfolg ausüben.

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Applikation von Antidepressiva während der stationären Behandlung und dem Therapieerfolg (Tab. 27) ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Patienten mit und ohne Antidepressivatherapie, obwohl zahlenmäßig in der

Gruppe der Patienten ohne sichtbaren Therapieerfolg die mit Antidepressiva behandelten Patienten bei weitem überwiegen.

Therapie / Behandlung	(sehr) erfolgreich (1 + 2)	bedingt erfolgreich (3)	Erfolg nicht sichtbar (4)
mit Antidepressiva	10	4	7
ohne Antidepr.	14	5	1

Tab. 27: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Therapieerfolg" und "Antidepressive Medikation während der stationären Behandlung"

$\chi^2 = 5{,}25$; FG = 2; $\alpha > 0{,}05$

Therapie / Behandlung	(sehr) erfolgreich (1 + 2)	bedingt erfolgreich (3)	Erfolg nicht sichtbar (4)
mit Antidepressiva	9	5	8
ohne Antidepr.	15	4	-

Tab. 28: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Therapieerfolg" und "Behandlung mit Antidepressiva nach der stationären Therapie"

$\chi^2 = 9{,}44$; FG = 2; $\alpha < 0{,}025$

Daß dies aber wohl mit einer negativen Auswahl der Patienten zusammenhängt, zeigen die Daten der Tabelle 29, in welcher der Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und antidepressiver Behandlung nach stationärer Therapie dargestellt ist. Hier fanden wir einen signifikanten Unterschied in den Erfolgen: Die mit Antidepressiva Behandelten zeigten schlechtere Behandlungserfolge als die Patienten ohne antidepressive Therapie. Wir möchten daraus jedoch lediglich schließen, daß Patienten mit negativem Therapieergebnis häufiger Antidepressiva benötigten als Patienten mit gutem Therapieergebnis. Denn unter den Patien-

ten mit gutem Therapieergebnis wurden auch nicht wenige während und nach stationärer Behandlung mit Antidepressiva behandelt. Es ist daher zwar wahrscheinlich, daß ein bei der stationären Behandlung mit Antidepressiva behandelter Patient einen schlechteren Verlauf zeigt als ein Patient ohne antidepressive Medikation. Einen direkten Einfluß auf das Therapieergebnis können wir jedoch nicht feststellen oder für wahrscheinlich erachten.

4.1.3 Einfluß der ambulanten Nachtherapie auf den Therapieerfolg

Vor allem bei dieser Fragestellung werden wir eine negative Patientenauswahl annehmen müssen, da in Esslingen die Indikation zur ambulanten Nachtherapie aus personellen Gründen recht streng gehandhabt werden muß und auch, wie wir im Abschnitt A 2.4.2 signifikant nachweisen konnten, die Auswahl weitgehend nach dem Schweregrad der Erkrankung erfolgt. Entsprechend dieser Voraussetzung möchten wir bei dem nach unserer statistischen Berechnung fehlenden Unterschied hinsichtlich des Therapieerfolgs zwischen ambulant nachbehandelten und nicht nachbehandelten Patienten einen positiven Einfluß der Nachbehandlung annehmen. Formal statistisch gesehen und auch dem Augenschein nach (entsprechend den Daten der Tabelle 29) spricht zwar nichts für einen solchen positiven Einfluß. Aber die Berücksichtigung der negativen Auslese und des Tatbestands, daß zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bei einem Teil der Patienten die ambulante Therapie noch nicht abgeschlossen war und so der Erfolg noch nicht voll zum Vorschein gekommen sein konnte, läßt diese Vermutung wahrscheinlich erscheinen.

Bei dieser Untersuchung ließen wir die Patienten mit reaktiver Depression außer Betracht, um das Ergebnis nicht unnötig zu verfälschen, da bei Patienten mit reaktiver Depression meist keine ambulante (vor allem längere analytische) Nachtherapie notwendig ist. Bei den von uns untersuchten Patienten mit der Diagnose Reaktive De-

pression erhielt kein Patient eine ambulante Nachtherapie.

Therapie / ambulante Nachbehandlung	(sehr) erfolgreich (1 + 2)	bedingt erfolgreich (3)	Erfolg nicht sichtbar (4)
keine	10	2	2
kurz	3	-	2
lang	6	7	4

Tab. 29: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Therapieerfolg" und "Ambulante Nachbehandlung"

$\chi^2 = 6{,}75$; FG = 4; $\alpha > 0{,}05$

4.2 Einflußfaktoren von Patientenseite

4.2.1 Einfluß des Alters auf den Therapieerfolg

Therapie / Alter	(sehr) erfolgreich (1 + 2)	bedingt erfolgreich (3)	Erfolg nicht sichtbar (4)
bis 25 Jahre	5	1	-
26 - 39 Jahre	11	4	3
40 - 53 Jahre	5	4	5
über 53 Jahre	3	-	-

Tab. 30: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Therapieerfolg" und "Alter"

$\chi^2 = 7{,}51$; FG = 6; $\alpha > 0{,}05$

Entgegen manchen Behauptungen (z.B. Weisker et al. 1968, 356; Heigl 1972, 61) können wir hinsichtlich unserer Erfolgskriterien keinen negativen Einfluß des Alters auf den Behandlungserfolg finden. Statistisch steht der Behauptung nichts entgegen, daß bei älteren Patienten (bei unseren Patienten war der älteste 60 Jahre alt) ein genauso guter Therapieerfolg erreicht werden kann wie bei

jüngeren Patienten. Unsere drei Patienten, die älter waren als 53 Jahre zeigten sogar alle einen guten oder sehr guten Therapieerfolg.

4.2.2 Einfluß der Dauer der Beschwerden auf den Therapieerfolg

Therapieerfolg / Dauer der Beschwerden vor der stationären Beh.	(sehr) erfolgreich (1 + 2)	bedingt erfolgreich (3)	nicht sichtbar (4)
bis 12 Monate	5	1	2
13 - 48 Monate	6	1	3
über 48 Monate	13	7	3

Tab. 31: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Therapieerfolg" und "Dauer der Beschwerden vor der stationären Behandlung"

$\chi^2 = 2{,}94$; FG = 4; $\alpha > 0{,}05$

Auch in bezug auf die Dauer der Beschwerden fanden wir bei unseren Patienten keinen Unterschied im Therapieerfolg. Es war gleichgültig, ob die Patienten kurz oder lange Zeit vor der stationären Behandlung erkrankt waren. Wir fanden auch keinen Einfluß, als wir die Frage mit anderen Erfolgsbegriffen untersuchten, in denen die Dauer der Beschwerden nicht als Kriterium mit enthalten ist. So fanden wir beim "Therapieerfolg nach der Behandlung" (vgl. B 3.4.1): $\chi^2 = 5{,}11$; FG = 6; $\alpha > 0{,}05$. Beim "wirtschaftlichen Therapieerfolg" (vgl. B 3.4.2) ergab sich: $\chi^2 = 4{,}82$; FG = 6; $\alpha > 0{,}05$.

Janssen (1981, 242) fand dagegen beispielsweise einen negativen Einfluß der Symptomdauer auf den Therapieerfolg. Seine Ableitung dieses Einflusses muß allerdings methodisch als zweifelhaft bezeichnet werden.

Unsere Daten ergaben jedenfalls keinen Hinweis auf eine schlechte Prognose bei langer Leidenszeit vor der

stationären Behandlung. Bei unserem Erfolgsbegriff, in dem die Leidenszeit als Kriterium mit enthalten ist, ergab sich dagegen sogar ein augenscheinlich positiver Einfluß der Dauer der Beschwerden auf den Therapieerfolg.

4.2.3 Einfluß vorhergehender stationärer Behandlung auf den Therapieerfolg

Bei der Frage nach dem Einfluß vorhergehender stationärer Behandlung ist zu erwarten, daß wir bei den Patienten mit vorhergehender Behandlung vermehrt negative Therapieerfolge finden, da eine negative Auslese vorliegen dürfte. In dieser Patientengruppe sind vermutlich vermehrt schwer und chronisch Erkrankte zu finden. Diese Erwartung bestätigen der Tendenz nach die rohen Daten, wie sie aus Tabelle 32 zu entnehmen sind. Einen signifikanten Unterschied konnten wir jedoch statistisch nicht sichern.

Therapieerfolg / vorhergehende stationäre Behandlung	(sehr) erfolgreich (1 + 2)	bedingt erfolgreich (3)	nicht sichtbar (4)
ja	5	4	5
nein	19	5	3

Tab. 32: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Therapieerfolg" und "Vorhergehende stationäre Behandlung"

$\chi^2 = 5{,}18$; FG = 2 ; $\alpha > 0{,}05$

4.2.4 Einfluß vorhergehender Arbeitsunfähigkeit auf den Therapieerfolg

Auch bei längerer Arbeitsunfähigkeit könnte man sich einen negativen Einfluß auf die Prognose im Sinne einer Gewöhnung an negative Sozialisationsformen oder im Sinne einer Resignation, des Sich-abgeschrieben-Fühlens vor-

stellen. Aber auch hier konnten wir keinen negativen Einfluß auf die Prognose und den Erfolg finden, weder statistisch, noch dem Augenschein nach (vgl. Tab. 33). Dieses Ergebnis änderte sich auch nicht bei Überprüfung des Einflusses von vorhergehender Arbeitsunfähigkeit an anderen Erfolgsbegriffen, in denen die vorhergehende Arbeitsunfähigkeit nicht als Kriterium enthalten ist. Beim "Therapieerfolg nach der Behandlung" (vgl. B 3.4.1) fanden wir : $\chi^2 = 7{,}94$; FG = 9 ; $\alpha > 0{,}05$. Beim "Persönlichen Therapieerfolg" (vgl. B 3.4.3) ergab sich: $\chi^2 = 4{,}62$; FG = 9 ; $\alpha > 0{,}05$.

Therapieerfolg / vorhergehende Arbeitsunfähigkeit	(sehr) erfolgreich (1 + 2)	bedingt erfolgreich (3)	nicht sichtbar (4)
keine	7	4	1
1 - 12 Wochen	4	-	2
13 - 25 Wochen	5	1	2
über 25 Wochen	8	4	3

Tab. 33: Kontingenztafel für die Daten der Merkmale "Therapieerfolg" und "Vorhergehende Arbeitsunfähigkeit"

$\chi^2 = 4{,}14$; FG = 6 ; $\alpha > 0{,}05$

4.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend können wir festhalten, daß wir auf der Patientenseite keine Faktoren mit negativem Einfluß auf den Behandlungserfolg bzw. die Prognose statistisch sichern konnten, daß wir aber auch keine negative Tendenz sahen bei den Faktoren Alter, Dauer der Beschwerden und vorhergehende Arbeitsunfähigkeit. Bei vorhergehender stationärer Behandlung fanden wir dagegen eine leichte Tendenz eines negativen Einflusses auf die Prognose, die wohl durch die Krankheitsart und die Chronizität mit be-

stimmt sein dürfte.

Auch bei den Behandlungsfaktoren "antidepressive Medikation" und "ambulante Nachbehandlung" dürfte die negative Auslese der schwerer kranken depressiven Patienten (welche wir statistisch in Kapitel A 2.4.2 sichern konnten) an der Tendenz zu negativem Einfluß dieser Faktoren auf den Therapieerfolg wesentlich mit beteiligt sein.

Bei der Behandlungsdauer fanden wir, ganz im Gegensatz zu den übrigen Autoren, einen statistisch signifikanten (bei $\alpha<0{,}025$) negativen Einfluß der Behandlungsdauer auf den Therapieerfolg. Bei näherer Betrachtung zeigte sich jedoch ein positiver Einfluß bis zur Therapiedauer von drei Monaten. Eindeutig nur negative Therapieerfolge zeigten sich erst bei einer stationären Behandlung, die länger als vier Monate dauerte, was wir mit der Schwere der Erkrankung dieser lang behandelten Patienten erklärten. Um sinnlose, lange stationäre Behandlungen zu umgehen, schlugen wir als wirtschaftlich sinnvolle Möglichkeit die Intervalltherapie vor.

5. Ergebnisse und Folgerungen

5.1 Zusammenfassende Darstellung der Untersuchung

Im ersten Teil der Arbeit zeigten wir die Notwendigkeit auf, in der heutigen Zeit als Gegenzug bzw. Ergänzung zu der technischen, rein organisch orientierten Medizin den psychosomatischen Aspekt der Medizin stärker zu betonen und in die Klinik zu integrieren. Aus praktischen und organisatorischen Gründen hielten wir es für sinnvoll, vorerst selbständige psychosomatische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern zu schaffen. Das würde die Tätigkeit des Psychosomatikers insofern erleichtern, daß er eine Station und damit einen Bereich hätte, in dem er selbständig, eigenverantwortlich und unabhängig seine Patienten behandeln könnte. Durch das Angebot eines Konsiliardienstes könnte im ganzen Krankenhaus

eine psychosomatische Versorgung (diagnostisch und therapeutisch - z.B. durch Kurztherapien) gewährleistet werden. Mit Hilfe einer externen Ambulanz könnte eine Notfallversorgung psychisch Kranker aufgebaut werden, was besonders in psychotherapeutisch unterversorgten Gebieten wichtig wäre. Eine ausreichende psychosomatisch / psychotherapeutische Versorgung eines ganzen Gebietes kann durch eine solche Abteilung allerdings ebensowenig gewährleistet werden wie im Krankenhaus die ausreichende Erkennung und diagnostische Erfassung von Patienten als psychosomatisch Erkrankte. Letzteres zeigten wir an dem in Esslingen bei den Patienten des Allgemeinkrankenhauses viel zu selten diagnostizierten depressiven Syndrom auf, obwohl dort der Konsiliardienst im Vergleich zu den Angaben in der Literatur sehr häufig in Anspruch genommen wurde.

Es wäre daher anzustreben, daß im Krankenhaus ein Psychosomatiker in Liaison-Tätigkeit dauernd auf einer Abteilung der Organmedizin arbeitete. Eine sinnvolle Zusammenarbeit dieser Art kann jedoch erst erreicht werden, wenn die Offenheit aller Ärzte und des Personals für die psychosomatische Medizin im Krankenhaus so weit gewachsen ist, daß die Integration der Psychosomatik in die Allgemeinmedizin ausreichend verwirklicht werden kann.

Obwohl die Offenheit und ein psychosomatisches Verständnis aller Ärzte für die Integration hilfreich und notwendig sind, bedarf es dennoch der Spezialisierung einiger Ärzte auf dem Gebiet der Psychosomatik, was wir am Beispiel der schwierig zu diagnostizierenden larvierten Depression aufzeigten. Nur aus einer solchen Verbindung - Offenheit aller Ärzte für die Psychosomatik und Spezialisierung einiger Ärzte auf diesem Gebiet - kann eine menschlichere und wirtschaftlich effektivere Medizin hervorgehen, in der viele unnötige und wiederholte diagnostische Eingriffe und unnütze Behandlungen nicht mehr durchgeführt werden.

Im zweiten Teil der Arbeit fragten wir dann, inwie-

weit eine stationäre psychosomatische Therapie menschlich und wirtschaftlich sinnvoll ist. Dazu betrachteten wir die in Esslingen stationär behandelten Patienten eines Jahrgangs mit der Diagnose Depressives Syndrom. In einer katamnestischen Untersuchung fragten wir 3 bis 4 Jahre nach der stationären Behandlung die ehemaligen Patienten nach ihrem Ergehen. Auf diese Weise konnten wir den Langzeiterfolg der stationären Behandlung überprüfen.

Den Behandlungserfolg beurteilten wir nach jeweils verschiedenen Kriterien: aus einer umfassenden Sicht, jedoch unter Berücksichtigung allein der Zeit nach der Behandlung; aus wirtschaftlicher und persönlicher Sicht, wobei beide Beurteilungsmaßstäbe einen Vergleich des Ergehens vor und nach der Behandlung beinhalteten, wodurch wir eine individuelle Veränderung feststellen konnten. In einem globalen Therapieerfolgsbegriff fassten wir dann alle genannten Erfolgskriterien zusammen. Es zeigte sich, daß, je nach den Kriterien der Beurteilung, der Therapieerfolg sehr unterschiedlich ausfiel. Große Unterschiede im Therapieerfolg fanden wir auch zwischen den nosologischen Diagnoseuntergruppen des depressiven Syndroms, was wir mit einem unterschiedlichen Spontanverlauf und einer unterschiedlichen Prognose dieser verschiedenen Krankheitsarten erklärten.

An der aufgezeigten Abhängigkeit des Erfolgs von den Erfolgskriterien und der Art der Erkrankung konnten wir deutlich machen, wie schwer, ja fast unmöglich es ist, Vergleiche zwischen verschiedenen Untersuchungen von Therapieerfolgen anzustellen. Wir unterließen daher weitgehend einen solchen Vergleich, obwohl wir gerne auch der Frage nach dem Sinn eines so aufwendigen Therapieangebots, wie es in Esslingen besteht, nachgegangen wären.

Nur in der Untersuchung von Heigl - Evers (1969) fanden wir Daten, mit denen wir die unsrigen vergleichen konnten, da sie als Beurteilungskriterium die Dauer der

Arbeitsunfähigkeit nennt, welche auch wir untersucht haben. Bei einem Ergebnisvergleich können wir uns daher wenigstens auf ein einheitliches Beurteilungskriterium stützen, wogegen die Zusammensetzung der Patienten sicher differiert. Heigl - Evers untersuchte psychosomatische Patienten, ohne differenzierte Diagnosen zu nennen. Wir untersuchten nur Patienten mit depressivem Syndrom, die nach Hinweisen in der Literatur (vgl. Weisker et al. 1968) und auch entsprechend unserer eigenen Feststellung schwerer zu behandeln sind und in ihrem Krankheitsverlauf eine schlechtere Prognose aufweisen als Patienten mit anderen psychosomatischen Erkrankungen.

Wir fanden in Esslingen eine Abhängigkeit der Behandlungsdauer von der Schwere der Erkrankung. Die wesentlich längere Behandlungsdauer der depressiven Patienten (im Durchschnitt 92,18 Tage) im Vergleich zu den anderen psychosomatischen Patienten, die durchschnittlich 41,33 Tage stationär behandelt wurden, läßt den Schluß zu, daß wir es beim depressiven Syndrom mit einer schwereren Erkrankung zu tun haben als bei anderen psychosomatischen Krankheiten.

Die Schwere und persönliche Bedeutung der Erkrankung wird auch aus der Dauer der Beschwerden sichtbar, die bei den von uns untersuchten Patienten im Durchschnitt 7 Jahre betrug.

Angesichts dieser negativen Auslese von psychosomatischen Patienten, die im Vergleich zu den Patienten in der Untersuchung von Heigl - Evers häufiger schwer und chronisch krank und auch wesentlich häufiger lange Zeit vor der stationären Behandlung arbeitsunfähig waren, ist das bessere Ergebnis in unserer Untersuchung sehr auffällig. Daraus dürfte deutlich werden, daß die in Esslingen praktizierte aufwendige und organisierte Vielfalt von Behandlungsarten in der stationären Therapie wesentlich effektiver ist, als die Anwendung von Gruppenpsychotherapie als einziger Behandlungsart, wie es bei den

von Heigl - Evers untersuchten Patienten der Fall war.

Da die stationäre psychosomatische Behandlung mit hohen Kosten verbunden ist, ist es auch wichtig, nach der volkswirtschaftlichen Relevanz der stationären Psychotherapie zu fragen. In diesem Zusammenhang interessierten wir uns hauptsächlich für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Wir betrachteten sie als einen Maßstab für die volkswirtschaftliche Bedeutung der depressiven Erkrankung. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit betrug vor der stationären Behandlung 42,85 Wochen. Große Unterschiede in der Arbeitsunfähigkeit fanden wir zwischen reaktiv und neurotisch depressiven Patienten, keinen wesentlichen Unterschied dagegen zwischen Patienten mit neurotischer und schwerer neurotischer Depression.

Nach der Behandlung konnten wir bei einem Teil der Patienten eine große Änderung auch in bezug auf die Arbeitsunfähigkeit feststellen, die nicht allein durch eine Spontanheilung zu erklären ist. So fanden wir bei den Patienten, deren Behandlungserfolg wir als "uneingeschränkt gut" bezeichneten, nur noch eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer von 3 Wochen, während diese Patienten vor der stationären Behandlung im Durchschnitt 96,85 Wochen arbeitsunfähig gewesen waren.
In diesen Zahlen wird die volkswirtschaftliche Bedeutung der stationären psychosomatischen Behandlung sehr deutlich. Den volkswirtschaftlichen Nutzen in Geldbeträgen hat Bepperling 1962 in Fallbeispielen ausgerechnet (zitiert bei von Uexküll 1981, 229f), wobei er neben der Arbeitsunfähigkeit auch die medizinischen Kosten mit berücksichtigte. Weitere Arbeiten, in denen der volkswirtschaftliche Nutzen der Psychotherapie aufgezeigt wurde, referiert von Uexküll (a.a.O.).

Trotz dieser positiven Bilanz muß jedoch auch zugestanden werden, daß die stationäre psychosomatische Therapie nicht bei allen Patienten als erfolgreich bezeichnet werden kann. Bei 17% der von uns untersuchten Pati-

enten konnten wir nach unserem "globalen" Therapieerfolgsbegriff keinen Behandlungserfolg sehen. Ob bei diesen Patienten tatsächlich kein Therapieerfolg vorliegt, können wir letztlich nie mit Sicherheit sagen - ebenso wie wir nie mit Sicherheit positive Therapieerfolge feststellen können -, da das Ergehen eines Patienten von unzähligen Faktoren bestimmt wird, so daß wir nie können, wie es dem behandelten Patienten ohne Behandlung ergangen wäre. Diese Schwierigkeit, den Behandlungserfolg festzustellen und zu messen, stellten wir daher in das Zentrum unserer theoretischen Überlegungen.

Als Ergebnis unserer Untersuchung fanden wir, daß 88% der Patienten 3 bis 4 Jahre nach der stationären Behandlung ihr augenblickliches Befinden im Vergleich zum Ergehen vor der Behandlung als gut oder besser bezeichneten. Nach strengeren Erfolgskriterien (globaler Therapieerfolg) konnten wir aber nur bei 61% der ehemaligen depressiven Patienten einen sehr guten und guten Therapieerfolg feststellen; bei 17% der Patienten war kein Therapieerfolg erkennbar.

Keinen persönlichen Therapieerfolg fanden wir bei 22% der Patienten. Bei 49% der Patienten hatte dagegen die Therapie zu einem großen oder sehr großen persönlichen Erfolg geführt.

Unter rein volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten fanden wir bei 46% der Patienten keinen sichtbaren Therapieerfolg, der aber immerhin bei 34% der Patienten gut und sehr gut sichtbar wurde.

Angesichts dieser Daten und unter Berücksichtigung der schwierigen Behandlung und der schlechten Prognose des depressiven Syndroms wird die Bedeutung der stationären psychosomatischen Behandlung mit der Möglichkeit, ein reichhaltiges und vielseitiges Therapieangebot - wie es in Esslingen besteht - gezielt einzusetzen sehr deutlich. Es zeigte sich, daß es sowohl in volkswirtschaftlicher als auch in persönlicher Hinsicht sinnvoll ist, solche stationäre psychosomatische Behandlungen

durchzuführen. Aus den im ersten Teil der Arbeit dargelegten Gründen sollten psychosomatische Stationen und Abteilungen in vielen oder gar in allen Allgemeinkrankenhäusern aufgebaut werden, wodurch die Integration der Psychosomatik in die Allgemeinmedizin gefördert werden könnte.

5.2 Folgerungen für die stationäre Psychotherapie

Bei der Frage nach den Auswirkungen von verschiedenen Patientenvariablen auf den Therapieerfolg fanden wir weder beim Alter noch bei der Dauer der Erkrankung noch bei der Dauer der vorhergehenden Arbeitsunfähigkeit einen Hinweis auf einen negativen Einfluß auf das Behandlungsergebnis. Allein die Patienten mit vorhergehender stationärer Behandlung zeigten ein etwas schlechteres Therapieergebnis als die Patienten ohne vorhergehende Behandlung. Diesen Unterschied, den wir statistisch nicht sichern konnten, erklärten wir durch eine negative Auslese der Patienten. Wir können daraus entnehmen, daß für eine menschlich und wirtschaftlich sinnvolle Auswahl von Patienten für die stationäre psychosomatische Therapie die oben genannten Variablen unberücksichtigt bleiben können.

Größere Unterschiede im Therapieerfolg fanden wir zwischen den unterschiedlich lang behandelten Patienten. Bis zur Dauer von drei Monaten stationärer Behandlung konnten wir mit unseren Daten die Ergebnisse in der Literatur bestätigen: Je länger die Patienten behandelt wurden, um so besser waren die Langzeitergebnisse. Bei einer längeren Behandlungsdauer zeigte sich jedoch ein anderes Bild: Bei einer Behandlungsdauer von mehr als 4 Monaten fanden wir keinen Therapieerfolg mehr, obwohl wir die Behandlungsdauer in unseren Erfolgskriterien nicht berücksichtigt hatten.

Wir zogen daraus den Schluß, daß es in der Regel nicht sinnvoll ist, Patienten - sofern es nicht lebens-

notwendig ist - länger als vier Monate ohne Unterbrechung stationär psychotherapeutisch zu behandeln. (Diese Dauer bezieht sich auf die intensive Behandlung in Esslingen und kann für andere Stationen mit einem anderen Behandlungssetting kürzer oder länger sein.) Schon Schulte (1968, 418) wies darauf hin: "Je länger der Betroffene in der Klinik ... geschützt war, umso schwieriger wird die Rückgewöhnung und vollständige Gesundung. Es muß gerade hier mit einem kaschierten Hospitalisierungsschaden gerechnet werden." Als Alternative schlugen wir für eine rationellere und wirtschaftlichere Therapie eine "Intervallbehandlung" vor, wie sie zum Teil in Esslingen praktiziert wird.

In der persönlichen Nachuntersuchung wurde deutlich, daß in Esslingen vor allem die Zeit vor und nach der stationären Behandlung noch sinnvoller genutzt werden könnte. Schulte (ebd.) machte auf die Scheu des Depressiven vor jeder Veränderung und damit auf die Schwierigkeit aufmerksam, die der Depressive beim Übergang in das Patientendasein (stationäre Aufnahme) bzw. in das alltägliche Leben (Entlassung) hat.

Einige Patienten erwähnten, daß sie sich bei der stationären Aufnahme, trotz des sehr warmen und freundlichen Empfangs durch die Schwestern, sehr unsicher gefühlt hätten, weil sie nicht gewußt hätten, was auf sie zukommen würde. Auch hätten sie Tage vor der Aufnahme "Angst vor der Psychiatrie" = dem Unbekannten gehabt, wozu zu sagen ist, daß es in Esslingen keine psychiatrische Abteilung gibt, sondern nur eine psychosomatische. Diesen Patienten hätte man durch ein Gespräch einige Tage vor der stationären Aufnahme, in dem sie über Ablauf eines Stationstages, Hausordnung und Therapieplan informiert worden wären, sicher einfach und gut helfen können. In Esslingen wird ein solches Informationsgespräch mit einigen Patienten schon vor der Aufnahme, mit einigen aber auch erst direkt nach der stationären Aufnahme geführt. Es wäre sinnvoll, generell allen Patienten sofort nach der Über-

einkunft hinsichtlich einer stationären Behandlung in einem solchen Informationsgespräch die Möglichkeit zu geben, ihre Erwartungsangst abzubauen.

Auch fiel mir bei der Nachuntersuchung auf, daß viele Patienten - sofern sie vor der stationären Behandlung noch keine psychotherapeutische Behandlung erhalten hatten - von einer Eingewöhnungszeit (von etwa 4 Wochen) sprachen, bis sie sich in diese Art des Lebens, Denkens und des Mit-sich-Beschäftigens hineingefunden hätten. Diese Zeit könnte man bei Patienten, die keiner Notaufnahme bedürfen, abkürzen, indem man vor der stationären Behandlung eine Gruppentherapie (im Sinne einer offenen Gruppe mit 8 bis 10 Patienten) und Einzelgespräche als Vorbereitung für die stationäre Intensivbehandlung durchführt. Auf diese Weise könnte der Patient auch schon ein wenig mit den Räumlichkeiten und der Art der Arbeit auf dieser Abteilung vertraut werden und die oben genannte Angst vor dem Unbekannten würde erst gar nicht aufkommen.

Die Durchführung einer solchen Vorbehandlung ist natürlich personalaufwendig - besonders in Kombination mit dem folgenden Vorschlag (generelle ambulante Nachbehandlung) -, würde jedoch selbst bei höheren Personalkosten durch die Verkürzung der Dauer der stationären Behandlung zu wesentlich geringeren volkswirtschaftlichen Kosten führen. Auch könnten insgesamt mehr Patienten pro Jahr auf einer psychosomatischen Abteilung behandelt werden, wodurch die mangelhafte Versorgung im psychotherapeutischen Bereich verbessert werden könnte. Dieser menschlicheren und wirtschaftlicheren Form der psychotherapeutischen Versorgung stehen jedoch wohl kassenrechtliche und in einem Allgemeinkrankenhaus auch Krankenhaus-Finanzierungsprobleme im Wege.

Eine weitere Verbesserungsmöglichkeit der stationären psychosomatischen Behandlung sahen viele Patienten, die ihre Entlassung als zu abrupt empfunden hatten oder denen z.B. zwei Stunden einer ambulanten Nachbehandlung zu wenig erschienen waren, in einem generellen Angebot ei-

ner ambulanten Nachbehandlung - evtl. als Gruppentherapie mit variabler Dauer -, wie es an manchen Universitätskliniken besteht.

Von den Patienten, die eine analytische Einzeltherapie im Sinne einer Ergänzungs- und Nachtherapie von ihrem Zentraltherapeuten erhalten hatten, meinten viele, daß diese "unbedingt notwendig" oder "entscheidend" gewesen sei.

Eine interessante Variante schilderte ein Patient: Im Sinne einer Selbsthilfegruppe bildete sich ohne äußere Organisation eine kleine Gruppe ehemaliger Patienten, die sich regelmäßig in einem Café oder an einem anderen Ort trifft, sich in dieser Weise hilft und so den während der stationären Behandlung begonnenen Sozialisierungsprozeß weiter fortführt. Wenn Psychotherapie (z.B. auch in einer solchen Weise) als Hilfe zur Selbsthilfe wirksam werden kann, wird sie lang anhaltende und länger als nur für die Zeit einer Behandlung (einschließlich der Nachbehandlung) andauernde Therapieerfolge zeigen.

Kurze Zusammenfassung

In dieser Arbeit werden Notwendigkeit, Art und Weise (Möglichkeiten des Wie) und Wirksamkeit klinischer psychosomatischer Arbeit in einem Allgemeinkrankenhaus aufgezeigt.

Nach einem Fallbeispiel zu Beginn der Arbeit, das die menschliche Notwendigkeit und die wirtschaftliche Bedeutung der Psychotherapie illustrieren soll, werden Möglichkeiten der Integration psychosomatischer Medizin in die Allgemeinmedizin (Liaison- und Konsiliartätigkeit) dargelegt.

Im Rahmen einer katamnestischen Untersuchung wird am Beispiel der Daten von Patienten eines Jahrgangs der Psychosomatischen Abteilung im Städtischen Krankenhaus Esslingen mit der Diagnose Depressives Syndrom die persönliche und wirtschaftliche Auswirkung der depressiven Erkrankung untersucht. Mit Hilfe dieser retrospektiven Nachuntersuchung der Patienten mindestens drei Jahre nach stationärer Behandlung wird die Bedeutung der stationären psychosomatischen Therapie sowohl in persönlicher Hinsicht für den Patienten als auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht herausgearbeitet. Mit statistischen Untersuchungen wird nach Einflußfaktoren von Patienten- und Behandlungsseite auf den Therapieerfolg gefragt.

Aus diesen Untersuchungen werden abschließend Folgerungen für die Praxis der stationären Psychotherapie gezogen.

LITERATURVERZEICHNIS

Ahlbrecht,W., M.Ermann, G.Mentzel: Patienten-Mitverwaltung in einer psychosomatischen Kurklinik. Psychother. med. Psychol. 22, 54 - 65, 1972.

Angst,J.: Die larvierte Depression in transkultureller Sicht; in P.Kielholz (Hrsg.):Die larvierte Depression. Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien 1973, 276 - 281.

Arfsten,A.-J., T.Auchter, S.O.Hoffmann, H.Kindt und T. Stemmer: Zur stationären Behandlung psychotherapeutischer Problempatienten oder: Noch ein Modell stationärer Psychotherapie. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 9, 212 - 220, 1975.

Arfsten,A.-J. und S.O.Hoffmann: Stationäre psychoanalytische Psychotherapie als eigenständige Behandlungsform. Prax. Psychother. 23, 233 - 245, 1978.

Beck,D. und L.Lambelet: Resultate der psychoanalytisch orientierten Kurztherapie bei 30 psychosomatisch Kranken. Psyche 26, 265 - 285, 1972.

Benkert,O. und W.Maier: Biologisch-psychiatrische Forschung und psychiatrische Pharmakotherapie. Münch. med. Wschr. 123, 795 - 799, 1981.

Bepperling,W.: Modell einer Psychosomatischen Krankenhausabteilung. Dtsch. Ärzteblatt 48, 3496 - 3502, 1974.

Bepperling,W.: Integration psychosomatischer Versorgung in das Allgemeinkrankenhaus; in T.von Uexküll: Integrierte psychosomatische Medizin. F.K.Schattauer Verlag, Stuttgart - New york 1981, 119 - 152.

Bepperling,W.(1981 b): Der Psychosomatiker als Konsiliarius; in A.Jores: Praktische Psychosomatik. Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien 2.Auflage 1981, 404 - 416.

Bepperling,W. und J.A.Laberke: Somato- und Psychotherapie in der Inneren Klinik. Münch. med. Wschr. 103, 2457 - 2462, 1961.

Biomathematik für Mediziner, Hrsg.: Kollegium Biomathematik NW. Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York, 2. Auflage 1976.

Bräutigam,W.: Reaktionen - Neurosen - Abnorme Persönlichkeiten. Thieme Verlag Stuttgart 1968, 4.Auflage 1978.

Bräutigam,W.: Die stationäre Psychotherapie in der Versorgung psychisch Kranker; in F.Beese (Hrsg.): Stationäre Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen und Zürich 1978, 23 - 30.

Bräutigam,W.: Erfolgs- und Therapieforschung bei psychoanalytischen Behandlungen. Zschr. psychosom. Med. 26, 101 - 118, 1980.

Cremerius,J.: Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. Springer Verlag, Berlin - Göttingen - Heidelberg 1962.

Drucksache 7/4200, Deutscher Bundestag

Drucksache 7/4201, Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode; Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung - 1975.

Dührssen,A. (1962 a): Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z. Psychosom. Med. 8, 94 - 113, 1962.

Dührssen,A. (1962 b): Zur Korrektur von Eysencks Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. Acta psychother. 10, 329 - 342, 1962.

Dührssen,A. und E.Jorswieck: Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Nervenarzt 36, 166 - 169, 1965.

Ernst,K.: Die Prognose der Neurosen. Springer Verlag, Berlin - Göttingen - Heidelberg 1959.

Ernst,K und C.Ernst: 70 zwanzigjährige Katamnesen hospitalisierter neurotischer Patientinnen. Schweiz. Arch. f. Neurol. Neurochir. und Psychiatr. 95, 359 - 415, 1965.

Eysenck,H.J.: The effects of psychotherapy: An evaluation. J. Cons. Psychol. 16, 319 - 324, 1952.

Fürstenau,P.: Zur Problematik von Psychotherapiekombinationen aus der Sicht der vergleichenden Psychotherapieforschung und der Organisationssoziologie. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 8, 131 - 140, 1974.

Fuchs,M.: Funktionelle Entspannung. Hippokrates Verlag, Stuttgart 1974.

Göllner,R., W.Volk und M.Ermann: Analyse von Behandlungsergebnissen eines zehnjährigen Katamneseprogrammes; in F.Beese (Hrsg.): Stationäre Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen und Zürich 1978, 288 - 301.

Hartig,M.: Probleme und Methoden der Psychotherapieforschung. Urban & Schwarzenberg, München - Berlin - Wien 1975.

Hastings,D.W.: Follow - up results in psychiatric illness. Am. J. Psychiatry 114, 1057 - 1066, 1958.

Heigl,F.: Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1972.

Heigl - Evers,A.: Zum sozialen Effekt klinischer analytischer Gruppenpsychotherapie. Psychother. Psychosom. 17, 50 - 62, 1969.

Heimann,H.: Originalien Grundsätzliche Überlegungen zur erfahrungswissenschaftlichen Methodik in der Psychiatrie. Nervenarzt 43, 345 - 350, 1972.

Heimann,H.: Einige Bemerkungen zu den theoretischen Grundlagen der Depressionsdiagnostik in der ambulanten Praxis; in P.Kielholz (Hrsg.): Die Depression in der täglichen Praxis, Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien 1974, 53 - 56.

Heimann,H.: Methodologische Probleme bei der Effizienzprüfung von Psychopharmaka. Arch. Psychiat. Nervenkr. 220, 255 - 268, 1975.

Heimann,H.: Auf dem Wege zu einer einheitlichen psychophysiologischen Theorie depressiver Syndrome. Prax. Psychother. Psychosom. 24, 281 - 297, 1979.

Heimann,H.: Zur Diagnose und Therapie depressiver Syndrome; in B.Pflug (Hrsg.): Depressive Syndrome. G. Fischer Verlag, Stuttgart - New York 1981, 1 - 9.

ICD, Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der ICD der WHO, 9. Revision, Kapitel V. Hrsg.: R.Degkwitz, H.Helmchen, G.Kockott, W.Mombour. Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York, 5. Auflage 1980.

Janssen,P.L.: Stationäre Psychotherapie als angewandte Psychoanalyse. Habil. Essen 1980.

Joraschky,P. und K.Köhle: Psychosomatische Konsultations- und Liaisondienste; in T.von Uexküll, Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore 1979, 2. Auflage 1981, 281 - 198.

Kernberg,O.F.: Zur Behandlungstechnik bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Psyche 6, 497 - 526, 1981.

Kielholz,P. (Hrsg.): Die larvierte Depression. Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien 1973.

Kielholz,P., W.Pöldinger und C.Adams: Die larvierte Depression. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1981.

Köhle,K. und P.Joraschky: Die Institutionalisierung der psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. Ziele, Voraussetzungen, Bedarf; in T.von Uexküll, Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore 1979, 2. Auflage 1981, 263 - 280.

Krakowski,A.J.: Consultation Psychiatry, Present Global Status. A Survey. Psychother. Psychosom. 23, 78 - 86, 1974.

Langeheine,R.: Log-lineare Modelle zur multivarianten Analyse qualitativer Daten. R. Oldenbourg Verlag, München - Wien 1980.

Langen,D.: Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie. Thieme Verlag, Stuttgart 1956.

Langen,D.: Faktoren der Spontanheilung bei psychoreaktiven Störungen. Acta psychiatr. scand. 41, 428 - 435, 1965.

Langen,D.: Mehrdimensionale Stationäre Psychotherapie; in F.Beese (Hrsg.): Stationäre Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen und Zürich 1978, 140 - 149.

Langen,D. und H.Veit: Katamnesen nach stationärer Psychotherapie. Z.Psychother. med. Psychol. 4, 281 - 296, 1954.

Lesse,S. (1968): Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie in Verbindung mit Antidepressiva in der Behandlung depressiver Patienten; in W.Schulte und W.Mende (Hrsg.): Melancholie in Forschung und Behandlung. G.Thieme Verlag Stuttgart 1969, 120 - 127.

Lipowski,Z.J.: Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine I: General Principles. Psychosom. Med. 29, 153 - 171, 1967.

López Ibor,J.J. und J.J.López-Ibor Aliño: Depression - eine Umfrage in Spanien 1973; in P.Kielholz

(Hrsg.): Die Depression in der täglichen Praxis. Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien 1974, 168 - 176.

López Ibor - Aliño, J.J.: Depressive Äquivalente und maskierte Depressionen; in J.J.López Ibor, R.Michaelis und U.Spiegelberg (Hrsg.): Psychiatrie und Psychosomatik, Biblthca psychiat., No. 152, S.Karger Verlag, Basel - München - Paris - London - New York - Sydney 1976, 35 - 75.

Mauz, F.: Psychotherapeutische Möglichkeiten bei endogenen Psychosen; in W.Schulte (Hrsg.): Almanach für Neurologie und Psychiatrie 1967, J.F.Lehmanns Verlag, München 1967, 251 - 264.

Pichot, P. und J.Hassan: Larvierte Depression und depressive Äquivalente; in P.Kielholz (Hrsg.): Die larvierte Depression. Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien 1973, 65 - 80.

Rotach - Fuchs, M.: Hundert zehnjährige Katamnesen von stationär behandelten Neurosekranken; in K.Ernst, H.Kind und M.Rotach - Fuchs: Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen. Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York 1968, 107 - 136.

Schepank, H.: Analytische Psychosomatik und Medizin - Selbstverständnis und Selbstverständlichkeiten. Psychosom. Med. Psychoanal. 23, 1 - 23, 1977.

Schüffel, W.: Psychosomatic Medicine III: Patients of the Psychosomatic Consultant. Psychother. Psychosom. 22, 192 -195, 1973.

Schulte, W.: Nicht - traurig - sein - können im Kern melancholischen Erlebens. Nervenarzt 32, 314 - 320, 1961.

Schulte, W.: Melancholie: Kombinierte Pharmako- und Psychotherapie; in W.Schulte (Hrsg.): Almanach für Neurologie und Psychiatrie 1967, J.F.Lehmanns Verlag, München 1967, 285 - 299.

Schulte,W. (1968): Klinische Erfahrungen über das Herausgeraten aus der melancholischen Phase; in H.Hippius und H.Selbach (Hrsg.): Das depressive Syndrom. Urban & Schwarzenberg, München - Berlin - Wien 1969, 415 - 420.

Schwarz,F.: Ergebnisse nach stationärer Gruppenpsychotherapie neurotisch depressiver und zwangsneurotischer Patienten. Nervenarzt 50, 379 - 386, 1979.

Spiegelberg, U.: Über Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten. Fortschr. Neurol. 23, 221 - 248, 1955.

Spiegelberg,U.: Zur Psychosomatik des Syndromwechsels. Z. Psychother. med. Psychol. 16, 1 - 13, 1966.

Spiegelberg,U.: Zyklothymie, Neurose und Psychosomatische Störung; in H.J.Colmant (Hrsg.): Vitalität. F.Enke Verlag Stuttgart 1968, 166 - 188.

Spiegelberg,U.: Depressive Syndrome aus der Sicht psychosomatischer Klinik und Forschung; in H.Hippius und H.Selbach (Hrsg.): Das depressive Syndrom. Urban & Schwarzenberg, München - Berlin - Wien 1969, 505 - 517.

Stephanos,S.: Theorie und Praxis der analytisch psychosomatischen Therapie; in T.von Uexküll, Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore 1979, 2. Auflage 1981, 368 - 388.

Tellenbach,H. (1961): Melancholie. Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York, 3. Auflage 1976.

Uexküll,T.von : Idee und Wirklichkeit; in T.von Uexküll: Integrierte Psychosomatische Medizin. F.K.Schattauer Verlag, Stuttgart - New York 1981, 227 - 240.

Völckel,W.: Sozialmedizinische Untersuchung an Patienten mit Suizidversuch. Diss. Mainz 1975.

Waniek,W. und J.Finke: Welche Erwartungen knüpfen Patienten an die Behandlungsmaßnahmen einer Psychotherapieabteilung? Nervenarzt 52, 538-543, 1981.

Weisker,A. und C.De Boor: Katamnestische Untersuchung zur Spontanprognose neurotischer Erkrankungen. Psyche 22, 340 - 364, 1968.

Weissman,M.M.: The Psychological Treatment of Depression. Arch. Gen. Psychiatry 36, 1261 - 1269, 1979.

Weissman,M.M., J.K.Myers, W.D.Thompson: Depression and its Treatment in a US. Urban Community - 1975 - 1976. Arch. Gen. Psychiatry 38, 417 - 421, 1981.

Zerssen,D.von: Nosologie; in Chr.Müller (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie. Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York 1973, 356.

Ziegler,L.H. and P.H.Heersema: A Follow - up Study of one hundred and eleven nonhospitalized depressed patients after fourteen years. Am. J. Psychiatry 99, 813 - 817, 1943.

Lebenslauf

Am 10. Februar 1953 wurde ich, Johannes Strauß, als vierter Sohn des Pfarrers Gerhard Strauß und der Hanna Strauß, geb. Herrmann, in Obergimpern, Kreis Sinsheim, geboren.

Von 1959 bis 1963 besuchte ich die Grundschule in Diedelsheim bei Bretten. 1963 wechselte ich auf das Melanchthongymnasium in Bretten, Kreis Karlsruhe, wo ich 1971 das Abitur ablegte.

Von Juli 1971 bis Oktober 1972 leistete ich meinen zivilen Ersatzdienst im Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe - Rüppurr, was ich mit der einjährigen Ausbildung zum Krankenpflegehelfer verbinden konnte.

Anschließend besuchte ich das Sprachenkolleg in Stuttgart, wo ich nach einem Jahr das Graecum und Hebraicum ablegte.

Ab Oktober 1973 studierte ich evangelische Theologie in Heidelberg (zwei Semester) und Tübingen (sieben Semester). Meine Examensarbeit schrieb ich über das Thema: Miteinandersein bei Heidegger.

Das Studium der Medizin nahm ich im Wintersemester 1976/77 in Berlin auf und setzte es im Wintersemester 1977/78 in Tübingen fort. Das Praktische Jahr verbrachte ich im Kreiskrankenhaus Reutlingen.

Das Staatsexamen legte ich am 18. April 1983 ab.